

Pensamiento social en salud: un análisis crítico de las obras clásicas del campo de la Salud Pública en Brasil

Ianni Maria Zöllner Aurea¹
Mendes Nogueira Áquilas²
Marques da Costa Maria Cristina³
Coelho Eugenia Pereira Denise⁴
Jurca de Lima Ricardo⁵

Universidade de São Paulo (Brasil)

Recibido: abril: 30 de 2017 – Revisado: mayo 18 de 2017 - Publicado: junio 21 de 2017

Referencia norma APA: Zöllner, A., Nogueira, A., da Costa, M., Pereira, D., & de Lima, R. (2017). Pensamiento social en salud: un análisis crítico de las obras clásicas del campo de la Salud Pública en Brasil. *Rev. Guillermo de Ockham*, 15(2), In press.



This work is licensed under CC BY-NC-ND

Resumen

Estudio teórico-histórico del pensamiento social en la salud pública en Brasil, 1970-1980, producción que presentó un esfuerzo interpretativo sobre la formación social brasileña y los desafíos socio-sanitarios y políticos. Se objetivó identificar líneas teóricas y matrices analíticas/interpretativas. Fueran analizados trabajos de los siguientes autores: Cecilia Donnangelo, Sergio Arouca, Sonia Fleury, Madel Luz, Emerson Mehry, Braga&Paula y Jaime Oliveira. Pudimos identificar temas centrales de las discusiones de los autores que articulan sus obras: la relación Estado-Sociedad, o sea, el papel del Estado para garantizar los derechos sociales y democráticos, específicamente el derecho a la salud; el papel de las políticas y prácticas de salud en la formación social y política brasileña; las prácticas de salud y saber médico en la constitución de las políticas de salud, en línea con el desarrollo de las fuerzas productivas del capitalismo en Brasil. Estas obras clásicas del campo refuerzan la constitución de un pensamiento social de la salud, que se relaciona con el contexto socioeconómico, político-ideológico y cultural de la época. La incorporación de las ciencias sociales es estructurante de este pensamiento y se puede constatar que matrices teóricas se entrecruzan, indicando un nivel consistente y suficientemente delimitado en las discusiones teóricas del campo.

Palabras-clave: Salud Pública; Ciencias Sociales; Democracia; Participación social; Derecho a la Salud.

¹ Cientista social. Professora Associada da Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo (Brasil). e-mail: aureanni@usp.br

² Economista. Professor Associado da Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. e-mail: aquilasmendes@usp.br

³ Enfermeira. Professora Doutora da Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. e-mail: mmarques@usp.br

⁴ Nutricionista. Doutoranda da Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. e-mail: d.coelho@usp.br

⁵ Sociólogo. Doutorando da Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. e-mail: jurca@usp.br

Social thinking in health: a critical analysis of the Brazilian Public Health field's classical works

Abstract

This was a theoretical-historical study of social thinking in health in Brazil, between 1970 and 1980, a production that presented an interpretive effort on the Brazilian social formation and social political health challenges. The objective was to identify theoretical lines and analytical/interpretive patterns. The works of the following authors were analyzed: Cecilia Donnangelo, Sergio Arouca, Sonia Fleury, Madel Luz, Emerson Mehry, Braga & Paula and Jaime Oliveira. Three central themes of the authors' discussions, that articulate their works, were identified: the State-Society relationship, that is, the role of the State to guarantee social and democratic rights, specifically the right to health; the role of health policies and practices in Brazilian social and political formation; health practices and medical knowledge in the constitution of health policies, in line with the development of the productive forces of capitalism in Brazil. These classic works of the public health field reinforce the constitution of a social thinking in health, which is related to the socio-economic, political-ideological and cultural context. The incorporation of the social sciences is structuring of this thought and it is possible to verify that theoretical patterns intersect, indicating a level consistent and sufficiently delimited in the theoretical discussions of the field.

Key-words: Public Health; Social Sciences; Democracy; Social participation; Right to Health.

Introducción

Esta investigación enfocó la producción teórica del campo de la Salud Colectiva entre los años de 1970-1980, que presenta abordajes de matrices de la historia social, sociológica y de la economía política. Se parte del supuesto de que este pensamiento se constituyó por medio del diálogo entre los conocimientos médico-epidemiológicos y de las ciencias sociales, siempre en perspectiva *práctica*.

La Salud Colectiva es un campo científico⁶ que abarca las prácticas sociales, servicios y políticas públicas orientadas a la atención a la salud, y también la educación y la investigación del área. Este campo tiene como raíces histórico-sociales el proceso de resistencia democrática en Brasil en el contexto del golpe militar de 1964, y se

⁶ El concepto de campo, en este trabajo, corresponde a las formulaciones de Bourdieu (2004), que intersecciona las dimensiones de la práctica política y de la acción social con la producción científica, y también, las instituciones con las formas y culturas institucionales auto-producidas. La concepción de una institucionalidad no fija – o en construcción –, por los múltiples actores involucrados, y relacionada con las dimensiones de la práctica, de la política y de la producción científica generan, según el autor, un *habitus*; concepto que nos parece extremadamente adecuado para comprender y analizar el campo de la Salud Colectiva en Brasil.

articuló, desde su origen, al movimiento socio-político de la Reforma Sanitaria Brasileña. Este movimiento, en el contexto de la redemocratización del país post dictadura militar, contribuyó para garantizar la salud como derecho y para la estructuración del Sistema Único de Salud (Escorel, 1999; 2006; Nunes, 1994; Paim e Almeida Filho, 1998; Stotz, 1997; Vita, 2012.).

Tal campo surgió no solo en Brasil, sino en América Latina en el ámbito del campo de la Medicina Social latinoamericana, campo del cual la Salud Colectiva se acerca. Las situaciones político-económicas y socio-sanitarias semejantes en los diferentes países condujeran a una reflexión sobre la situación de salud de sus poblaciones y el derecho al acceso a los servicios de salud, considerándose las desigualdades internas a las diferentes sociedades y que en muchos países coexistía con regímenes militares antidemocráticos.

Así, profesionales e intelectuales de la salud se articularon, con la perspectiva de la (re)democratización social y política de la sociedad brasileña, alrededor de un pensamiento político-social crítico y estrategias de lucha por el derecho a la salud - plataforma radical en un contexto dictatorial de una sociedad extremadamente desigual y excluyente como era (y ha sido) la sociedad brasileña - hecho que delimitó políticamente el campo, en su configuración teórica y práctico-política. (Vita, 2012)

En el marco de la emergencia del campo, podemos señalar que en los años de 1950, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) incentivó la implementación del modelo preventivista⁷ (Arouca, 2003) en las escuelas médicas latinoamericanas con la reestructuración de la enseñanza médica, que estableció, entre las estrategias centrales, la formalización de los contenidos de las ciencias sociales en los cursos de medicina y la

⁷ Discutiendo la obra *Medicina Preventiva* de Leavell & Clark y su más fuerte contribución, la historia natural de la enfermedad, Arouca define así el concepto: “más que la producción de nuevos conocimientos, más que los cambios en la estructura de la atención médica, representa un movimiento ideológico que, partiendo de una crítica de la práctica médica, propone un cambio, basado en la transformación de la actitud médica con el paciente, su familia y la comunidad.” (Arouca, 2003, p.36).

extensión de la práctica médica en la sociedad por medio de la salud comunitaria.(Galeano, 2011)

En aquel momento, en el contexto de la Guerra Fría de los años de 1950, los Estados Unidos de América se enfocaron en América Latina con el objetivo de consolidar y expandir sus formas productivas capitalistas y ampliar el mercado de consumo. Diferentes Fundaciones norteamericanas como la Ford, la Kelloggs, la Milbank y la Punto IV, expandieron su actuación hacia varios países del continente y en diferentes líneas de acción; teniendo en la OPS un apoyo protagonista en ese escenario. El supuesto de la expansión de las políticas de protección y desarrollo social – y entre ellas la salud – fue una de las estrategias adoptadas. (García, 1985; Nunes, 1985)

Los años de 1960 y 1970 fueron, mientras tanto, un período de fortalecimiento del escenario político-económico en diversos países de América Latina, bajo la bota de las dictaduras militares. Es posible aún decir que la constitución de la democracia de los países vecinos tuvo resonancia en la lucha por la democracia en Brasil.

Es en este contexto que la OPS, bajo el liderazgo de Juan Cesar García⁸, realiza una serie de seminarios en la región para discutir la reestructuración de la enseñanza de medicina, y que estimuló el movimiento crítico en países como Brasil, México, Bolivia, Colombia, Venezuela, Argentina, entre otros (Galeano, 2011).

La conformación institucional del campo científico de la Salud Colectiva, en Brasil, data de 1979 con la creación de la Asociación Brasileña de Salud Colectiva (ABRASCO)⁹, entidad científica que congregó la educación de post-grado y la investigación, un campo científico alrededor de un conjunto de actores que reconocían la estrecha articulación entre las dimensiones teórico-conceptuales del pensamiento de la salud y el análisis histórico-social sobre la situación del país y la acción política.

⁸ Juan César García fue médico sanitarista y sociólogo involucrado con las causas sociales en América Latina.

⁹ Originalmente, la ABRASCO tuvo la denominación de Asociación Brasileña de Post-grado en Salud Colectiva.

Este pensamiento de la salud contra-hegemónico encontró espacio de diálogo institucional y, en Brasil, está en el origen del Movimiento de la Reforma Sanitaria Brasileña y de la Salud Colectiva (Canesqui, 1995; Escorel, 1999; Nunes, 1994; Paim e Almeida Filho, 1998; Paim, 2008). La crítica teórico-social realizada involucró, más allá de la cuestión político-social del derecho a la salud (con fuerte crítica al sistema de seguridad social brasileño), el análisis del trabajo médico como reproductor de las formas de exploración del trabajo y de las relaciones capitalistas en general, el diálogo interdisciplinario, especialmente por la interface de la epidemiología con las ciencias sociales, conformando el campo de la epidemiología social, y la crítica al saber biomédico, problematizando la cuestión ontológica de la naturaleza de las enfermedades. De esto, resultó la formulación del concepto de la *determinación social del proceso salud-enfermedad*, que no concibe la salud o la enfermedad sino como fenómenos socialmente producidos. (Canesqui, 1995; Ianni, 2011)

Con un diálogo estrecho con las ciencias sociales, inicialmente articulado con la ciencia política, la sociología y la economía, y posteriormente la antropología y demás ciencias humanas, se tomó la salud como objeto teórico en sus diferentes dimensiones de producción social. Así, los intelectuales establecieron una tradición, que se puede identificar como un *pensamiento social de la salud*, producción teórica a que el presente estudio se refiere.

Método

La investigación enfocó la producción teórica de los orígenes del campo de la Salud Colectiva, entre los años de 1970-1980, que presenta abordajes de matrices sociológica, de la historia social y de la economía política. La escogencia de los autores y obras fue intencional, considerando que: se trata de producción científica que establece una tradición, siendo significativa e innovadora; presenta un esfuerzo interpretativo propio

sobre la formación social brasileña y los desafíos socio-sanitarios y políticos de aquel contexto histórico; propone modelos teóricos, analíticos e interpretativos propios.

Se eligieron los siguientes autores y sus obras: de Sonia Maria Fleury Teixeira las obras “Estado y Crisis: una perspectiva latinoamericana” en *Estado y Políticas Sociales en América Latina* (1992) y “Reflexiones teóricas sobre la democracia y Reforma Sanitaria” en *Reforma Sanitaria. En Búsqueda de una Teoría* (1995); de Maria Cecília Ferro Donnangelo las obras *Medicina y Sociedad* (1975) y *Salud y Sociedad* (1976), esta última escrita en coautoría con Luiz Pereira; de Sérgio Arouca, el doctorado, *El Dilema Preventivista. Contribución para la comprensión y crítica de la Medicina Preventiva* (2003[1974]); de Emerson Elias Merhy el libro *El Capitalismo y la Salud Pública. Un Estudio de Formadores de Políticas* (1987); de Madel Therezinha Luz la obra *Las Instituciones Médicas en Brasil* (2014[1978]); de José Carlos Braga & Sérgio Góes de Paula el libro *Salud y Seguridad Social: estudios de Política Social* (1981); y de Jaime Araújo Oliveira el libro *(In) Seguridad Social. 60 años de historia de la Seguridad Social en Brasil* (1985), escrito en coautoría con Sonia Maria Fleury Teixeira y el artículo “Reforma y Reformismo: “Democracia Progresiva” y Políticas Sociales (o Para una Teoría Política de la Reforma Sanitaria)” (1987), publicado en la revista *Salud en Debate* del CEBES (Centro Brasileño de Estudios de Salud).

La lectura de estos “clásicos”¹⁰ (Brandão, 2005) buscó identificar su contribución; no solo como un registro del pasado, sino también como un recurso teórico para la reflexión del tiempo presente frente a la reconfiguración socio-histórica de las realidades brasileña y latinoamericana. Esta producción, anclada en la teoría social fue

¹⁰ Brandão dice que la lectura de los clásicos es importante porque sus propuestas y bases empíricas son, simultáneamente, testigos del momento y fuente de problemas y cuestiones teóricas para la investigación científica en la actualidad. Caracteriza como clásicas aquellas obras en que hay la “Existencia de estilos determinados, formas de pensar extraordinariamente persistentes en el tiempo, modos intelectuales de relacionarse con la realidad que subsumen inclusive los más legítimos productos de la ciencia institucionalizada, estableciendo problemáticas y continuidades que permiten situar y poner en una nueva luz mucha propuesta política y mucho análisis científico actual” (Brandão, 2005, p. 236).

fundamental para la constitución interdisciplinaria del pensamiento de la Salud Colectiva, generando bases amplias para enfrentar los desafíos del momento; característica todavía hoy preservada. Se consideró, todavía, que los actuales dilemas y crisis del sistema de protección social en Brasil y en el mundo reclaman un mayor protagonismo del pensamiento social de la salud, y que rehacer el camino recorrido por estos “clásicos” contribuiría para la comprensión del objeto salud en los días de hoy y para las bases socio-históricas de su producción social. Para finalizar, se buscó identificar las líneas teóricas de ese pensamiento con el fin de conocer sus matrices explicativas.

Los trabajos seleccionados fueron considerados *unidades de lectura* (Severino, 2002), es decir, textos que presentan una totalidad de sentido que hablan “por sí”, pero, sobre todo, consisten en producto social de sujetos y tiempos históricos. Para el análisis, se adoptó el contenido en sus variantes temática, estructural e interpretativa (Quivy e Campenhoudt, 1992).

Resultados y discusión

Se verificó, entre los diferentes autores y obras estudiadas, el compromiso con la cuestión democrática, en la defensa radical de la democracia. Esta cuestión aparece dentro de los siguientes temas: el derecho a la salud frente a la particularidad de la formación social brasileña y la cuestión democrática en Brasil; la salud y el modo de producción capitalista, y su conformación en la formación histórico-social brasileña; el papel de las instituciones médicas en la estructuración de las políticas de salud en Brasil; la crítica al modelo médico preventivista y su articulación con el proceso capitalista de producción y reproducción social; la dimensión técnica del trabajo médico y su centralidad en las políticas públicas de salud; la centralidad del Estado en la garantía del acceso universal a la salud.

Así, en las obras revisadas es fuerte las cuestiones de la relación Estado-Sociedad, de la salud como derecho social, y la importancia de las políticas públicas de salud en su articulación con la práctica médica. En esto sentido, pudimos identificar algunos temas centrales de las discusiones de los autores como puntos articuladores entre sus obras, aunque las articulaciones entre ellas extrapolan estos puntos. También fue posible identificar marcos teóricos y categorías en común entre las obras de los autores estudiados.

Relación Estado-Sociedad: el papel del Estado para garantizar los derechos sociales y democráticos, específicamente el derecho a la salud

En esto tema se destacan las discusiones sobre la centralidad del Estado en la garantía del acceso universal a la salud y sobre el derecho a la salud frente a la particularidad de la formación social brasileña y la cuestión democrática en Brasil.

Sonia Fleury aborda la primera de estas discusiones, desde una perspectiva praxica. Con el concepto-clave de ciudadanía, la autora discute la naturaleza del Estado brasileño para problematizar en él las políticas de salud y su carácter excluyente. Ella retoma la idea de revolución pasiva (concepto gramsciano) tomando en cuenta la interpretación clásica del pensamiento social brasileño sobre la vía prusiana de construcción del Estado Nacional y los resultados de esa forma histórico-social en la construcción de la idea de nación en Brasil.

Al construir su argumento recurre a los conceptos de sociedad civil y hegemonía, de Gramsci, que anclan el proyecto de universalidad del acceso a la salud, en la sociedad brasileña, profundamente desigual. Para ella, la polaridad entre las clases sociales características del capitalismo (burgueses y trabajadores) no ocurría en Brasil, esto porque esta es una sociedad se estructura y organiza por la categoría pueblo en el polo dominado, a pesar de la determinación clasista, o sea, involucrando segmentos

como la población pobre e excluida rural, urbana, trabajadora del sector de servicios, etc., además de los obreros.

Por tal razón, la autora se enfoca en el protagonismo de los movimientos sociales brasileños de las décadas de 1970 y 1980, que se caracterizarían por las demandas específicas, no típicamente clasistas, reclamando cambios en los servicios sociales en general, como es el caso en la salud. Tal forma política de organización popular en movimientos sociales reivindicatorios expresaría el perfil de una población explotada y sin acceso a los derechos básicos de ciudadanía.

Se destaca, entre las cuestiones involucradas en la reconstrucción democrática del país, tras la dictadura militar, el papel del Estado en la conducción de las políticas. La articulación Estado-Democracia es consolidada en el período constituyente¹¹ y dialoga con el proceso de producción de políticas públicas posteriores. En este escenario, la política universal de salud, como de hecho se constituyó con el Sistema Único de Salud (SUS), debería necesariamente componer la estructura de un Estado con base democrática y ciudadana.

El derecho a la salud frente a la particularidad de la formación social brasileña y la cuestión democrática en Brasil é analizada por Jaime Oliveira. El autor buscaba comprender el contexto histórico, político y los determinantes estructurales y coyunturales que conformaron la asistencia a la salud en Brasil en la perspectiva de la discusión del diseño de un futuro Sistema Nacional de Salud Brasileño.

Tiene como supuesto la crítica histórico-social y política del modelo de seguridad social del país y su papel en la organización social de la práctica médica, entendiendo esta relación como un reflejo y, simultáneamente, determinante de las relaciones entre las clases sociales y el Estado. Con base en el referencial marxista, él analiza la historia

¹¹ En el contexto del proceso de la Constituyente en Brasil, de 1985 hasta 1988.

de las instituciones de seguridad social y como ellas reflejan los embates de las clases sociales, resultando en políticas públicas excluyentes y racionalizadoras.

Él trabaja con un abordaje sociológico que toma en cuenta los aspectos sociales, políticos y económicos que influenciaron el modelo de seguridad social brasileño, estructurando su análisis en diferentes fases en su primera obra: 1930 - 1945, período en el que la seguridad social se encontraba en auge en el régimen capitalista; 1945 - 1960, período de la redemocratización en el país y crisis del régimen capitalista; 1966 - 1983, período de autoritarismo, bajo el régimen militar, en el que la privatización de la asistencia médica enerva la crisis de seguridad social. Discutiendo este período él dice que la seguridad social financiaba no solo la medicina de empresa, por medio de los convenios, pero arcaba también con los crecientes gastos de las actividades médicas más raras, complejas y caras, anunciando la crisis extrema.

En su segundo trabajo objeto del presente estudio, el autor se propone a “buscar una teoría de la reforma sanitaria”. Analiza dos períodos de las políticas de salud en Brasil post – 64: a mediados de los años de 1960 a 1970, cuando ocurre el privilegio de los intereses económico-corporativos del empresariado privado de la salud; y el período posterior a ese, de 1970 en adelante, cuando se presenta la crisis político-financiera del modelo asistencial establecido en la década anterior. Es en ese período que, según él, crece la crisis política, económica, fiscal y de legitimación del régimen autoritario, y cuando inicia el proceso de abertura política, emergiendo nuevas propuestas del control, reforma y racionalización del modelo asistencial vigente, aunque con grandes dificultades políticas viables en función de las presiones políticas corporativas y empresariales establecidas.

Para él, ese período de crisis abre la posibilidad de cambios frente al cuadro anterior de las políticas de salud. El embate ocurre entre las tendencias racionalizadoras

del modelo asistencial dominante y las resistencias empresariales privadas y intra-burocráticas de las propuestas racionalizadoras. Defiende que los sectores progresistas de la burocracia estatal deberían continuar en la lucha por los esfuerzos racionalizadores de la estructura de la seguridad social, ya que la racionalización involucraría mayor transparencia y agilización del funcionamiento de la estructura estatal.

Para Oliveira, las ideas en torno a la Reforma Sanitaria se situarían más allá de la resolución de la crisis de legitimidad y fiscal del Estado, es decir, lejos de los esfuerzos de auto reproducción del Estado y de las condiciones económico-sociales y políticas que le dan soporte. El proyecto de recuperación de la eficacia/racionalización político-ideológica de las Políticas Sociales podría consistir en un componente hegemónico. Con base en la lectura sistemática de Gramsci, él considera que en este período había una tensión/disputa entre proyectos de hegemonía alternativos, y por ello la cuestión *práctica* central propuesta en su artículo: “Guerra de Posición” y “Democracia Progresiva”, conceptos gramscianos que envuelven la cuestión de la ruptura con el Estado – o su redimensionamiento – con base en la disputa de las clases y segmentos sociales por la hegemonía.

Las políticas públicas, la de la salud entre ellas, serían, en este contexto, elemento de reproducción del modo de producción dominante, pero, simultáneamente, estrategia posible de alargamiento del Estado, de implementación progresiva de democracia, en una guerra de posiciones; formulación que se desdobra de la noción del Estado ampliado de Gramsci.

- El papel de las políticas y prácticas de salud en la formación social y política brasileña.

En esto tema se destacan las discusiones sobre la salud y el modo de producción capitalista y sobre la institucionalización de las prácticas sanitarias como elemento

estructurante del proyecto de desarrollo capitalista, específicamente del estado de São Paulo.

Tomando como perspectiva de análisis la salud y el modo de producción capitalista, y su conformación en la formación histórico-social brasileña, Braga & Paula trabajan con una comprensión de la economía como ciencia social en los marcos cepalino-keynesiano, con base en la idea de un Estado planificador, y eligen la cuestión de la salud discutiendo su lugar en el pensamiento económico-social y su relación con la historicidad.

Resaltan que a lo largo del desarrollo del pensamiento económico en la trayectoria histórica de la acumulación del capital – de los mercantilistas en el siglo XVI, pasando por la economía política clásica (inclusive su crítica con Marx), hasta la teoría neoclásica del siglo XX de Alfred Marshall -, la salud no fue directamente abordada, por no consistir en objeto central de interés de la economía.

Una visión alternativa al pensamiento neoclásico, de acuerdo con Braga & Paula, habría sido la teoría del subdesarrollo latinoamericano, cuando el pensamiento cepalino¹² de los años de 1950 tomó la salud como centro de sus reflexiones.

Los autores argumentan que la introducción de la salud como objeto específico no solo de la ciencia económica sino de la política económica resulta del avance del capitalismo y de sus conflictos internos, y que eso aparece claramente cuando se analizan las estructuras capitalistas “desarrolladas” y las “subdesarrolladas”: “(...) la atención a la salud era presentada como un elemento transformador, capaz de arrancar las naciones “arrasadas” de su pobreza estancada. Evidentemente, frente a tal formulación hubo su crítica.” (Braga e Paula, 1981, p.2).

¹² Relativo a Cepal – Comisión Económica para la América Latina y Caribe.

Sin embargo, serán los economistas neoclásicos que retomarán, según Braga & Paula, la idea-fuerza de la salud y trabajo, pues concebían “el ser humano solo como capacidad de trabajo: en la teoría del capital humano, el hombre es reducido a mero elemento de la producción.” (Braga e Paula, 1981, p. 5). Para los autores, aunque los neoclásicos aborden la salud como uno de sus temas, ella aparece siempre como problema económico específico, aislado de los problemas sociales. Es solamente a partir de la 2ª Guerra Mundial que el tema gana mayor expresión, porque es cuando ocurre la expansión de la atención a la salud, y esta adquiere mayores dimensiones económicas y financieras, movilizandando grandes recursos.

Al analizar el Subdesarrollo, los autores retoman la cuestión de la planificación estatal como instrumento para “salir” del subdesarrollo, por medio del rescate de la contribución cepalina¹³, pues vienen el desarrollo como resultante del proceso necesario de la industrialización en el cual América Latina debe profundizarse. La salud asume un papel fundamental, y la planificación estatal un significado poderoso en el patrón de desarrollo de los diferentes países.

La relación trabajo y atención a la salud permanece como tema en la obra de Emerson Merhy al abordar la salud pública en el estado de São Paulo, con énfasis en la constitución capitalista del Estado moderno en Brasil, inaugurando, junto con demás obras del período, una línea de reflexión para la historiografía de la salud pública en Brasil con base en el referencial marxista. Su tesis central es que la institucionalización de las prácticas sanitarias paulistas consistió en elemento estructurante del proyecto de desarrollo capitalista del estado de São Paulo. (Hochman, 1998)

¹³ Ellos presentan una crítica a la teoría económica de Rostow, que comprende el subdesarrollo como una etapa del desarrollo económico y necesita de inversión y crecimiento del capital productivo, lo que permitiría la ampliación del excedente. La superación del subdesarrollo involucraría, en los términos de Rostow, la teoría del capital humano – educación y salud para mejorar la calidad del trabajo.

Esta perspectiva de análisis se ajusta en lo que se llama actualmente de "la excepcionalidad paulista", en que se comprende que las instituciones de salud del estado de São Paulo constituyeron un escenario particular, en el contexto del desarrollo socio-político y económico de la región (Mota *et al.*, 2017).

Merhy discute las prácticas sanitarias y las relaciones sociales capitalistas en general, articulando la obra de Foucault con reflexiones de tipo marxista, con el objetivo de destacar el papel de la medicina en la reproducción social de la fuerza de trabajo asalariada en el siglo XIX en Inglaterra, permitiendo una aproximación teórica al Brasil de inicio del siglo XX.

Basándose en este análisis, reconstituye la trayectoria de las prácticas sanitarias y de la estructuración de los servicios de salud, periodizándolas según la República Vieja y los primeros años del siglo XX con las reformas en el sector, entre 1917 y 1925. Busca demostrar que la institucionalización de esas prácticas en el país ocurrió con el surgimiento de la República Vieja; haciendo énfasis en los estados que concentraron la vitalidad económica y política del país en el período, São Paulo, Rio de Janeiro y Minas Gerais. Para él, esas prácticas, formas de intervención, control y presencia del Estado, están concentradas en los espacios reconocidos de la economía capitalista y de la mercancía, la región sureste del país, polo político-económico nacional de inicio del siglo XX.

Merhy presenta la emergencia de tales prácticas como constitutivas de las relaciones sociales que se concretaban en la sociedad brasileña, entendiendo el campo de la salud pública más allá de sus aspectos de organización, burocrático-administrativos o técnico-científicos dirigidos a acciones colectivas de salud y bienestar del colectivo. Él busca comprender la institucionalización de esas prácticas a partir de un conjunto de intereses económicos y políticos del patrón de desarrollo capitalista en

Brasil doblemente articulado y conciliado entre los sectores dominantes internos – oligarquías cafetera y industrial – con los grupos capitalistas de los países centrales. En este abordaje desarrolla una reflexión alrededor de la centralidad de la salud de los trabajadores, especialmente los obreros urbanos, producto del florecimiento del capitalismo en el país. Esta es su contribución al conferir historicidad al campo de prácticas de la salud pública.

- Prácticas de salud y saber médico en la constitución de las políticas de salud, en línea con el desarrollo de las fuerzas productivas del capitalismo en Brasil.

En esto tema se destacan las discusiones sobre la dimensión técnica del trabajo médico y su centralidad en las políticas públicas de salud, el papel de las instituciones médicas en la estructuración de las políticas de salud en Brasil y la crítica al modelo médico preventivista y su articulación con el proceso capitalista de producción y reproducción social.

Considerando el Estado como productor de la política de salud, Donnangelo discute la naturaleza de la práctica médica y la asistencia médica en el ámbito de la acción estatal. Identifica dos tendencias de la política de salud en Brasil de los años 1970-1980: la tendencia a la estatización de los servicios y la dimensión racionalizadora de tales servicios, propuesta por el Estado. Analiza esas dos tendencias, pues cada una de ellas envolvía diferentes perspectivas sobre los derechos sociales y ciudadanía. Adicionalmente, - y esta es su tesis principal -, argumenta que, diferentemente de lo que se supone, las dos tendencias se articulan por medio del trabajo médico. Por tal motivo, considera el trabajo médico como uno de sus objetos centrales de análisis, entendiendo que la naturaleza clínica e individual de la práctica médica se extiende a lo social por medio de la incorporación tecnológica, dimensión fundamental de este trabajo a través del cual se realiza plenamente el capital.

En *Salud y Sociedad* Donnangelo y Pereira (1976) se refieren a algo que hoy puede parecer trivial: “La moderna medicina tecnológica representa, antes que nada, la mediación de un conjunto enorme de nuevos recursos de diagnóstico y terapéutica en la relación entre el médico y su objeto de trabajo.” (Donnangelo & Pereira, 1976, p. 20). Para ellos, tal mediación ocurría por la clínica, por la intervención en los cuerpos de los pacientes. Asimismo, ellos dicen: “realizando, a través de su consumo en la práctica médica, el valor agregado producido en otros sectores, los medios nuevos de trabajo establecen un vínculo directo y específico entre medicina y los objetos básicos de la producción económica.” (Op. cit., p. 20).

Incorporando el tema clásico sobre el papel de la práctica médica en la reproducción de la fuerza de trabajo, aspecto muy explorado por Foucault y Boltansky – autores a quien Donnangelo y Pereira recurren -, ellos profundizan la mirada crítica sobre la medicina moderna. Desvelan la aparente neutralidad de la práctica médica, articulándola con la reproducción del capital, explicitando la dimensión capitalista intrínseca del cuidado de la salud. Y es por medio de esta dimensión práctica que problematizan el papel del Estado y de las políticas sociales estatales en la salud.

Discuten las dos tendencias observadas en la acción estatal: la estatización de los servicios de salud y la dimensión racionalizadora de los servicios, no habría, según ellos, una gran contradicción, en la medida en que ambas se realizarían como formas de producción y reproducción del capital, ya que en ambas tendencias la práctica médica consiste en el acto fundamental básico y estructurante, motor de realización y reproducción del valor agregado. Pensar, por lo tanto, en un proyecto democrático de derecho a la salud, involucraría, del punto de vista de la autora, la crítica a la práctica médica, a su falsa neutralidad científica. Explicitar esta crítica contribuiría para otra construcción de la salud como política social; es decir, “para apreciar lo que es normal o

patológico para el cuerpo es necesario observar más allá del propio cuerpo.” (Donnangelo, 1975, p. 24).

Con un análisis totalmente contextualizado para el momento histórico-social del país, en el que se discutía un proyecto contra hegemónico de redemocratización, Donnangelo dirá que la emergencia de las reivindicaciones por los derechos sociales envolvería, necesariamente, un claro análisis de los subsistemas centrales y periféricos del capitalismo y de la ampliación de las funciones del Estado, sin olvidar su papel central en la reproducción del capital, en este caso, por medio de la práctica médica: “considerado como punto de referencia, este cuadro permite explicar el patrón de desarrollo de los derechos sociales [en Brasil] en su dimensión más general.” (Op. cit., p. 6).

Madel analiza el papel de las instituciones médicas en la estructuración de las políticas de salud en Brasil. La autora comprende las instituciones médicas como “un conjunto articulado de saberes (ideologías) y prácticas (formas de intervención normalizadora en la vida de los diferentes grupos y clases sociales).” (Luz, 2014, p. 42) y supone que las instituciones médicas son núcleos de poder con dos dimensiones: la estructural (de las normas y reglas) y la práctica (de las relaciones institucionales), articuladas por el discurso institucional.

Anclada en Foucault y Gramsci, discute el papel político de las instituciones médicas que, según ella, se sustenta en dos aspectos: el saber sobre la salud confinado en determinadas agencias médicas consideradas portadoras de un discurso universal y “válido”, un “discurso hegemónico”; y su vinculación estructural al aparato productivo del Estado y a las políticas sociales. Así, para la autora, el poder institucional es la expresión de una estructura normalizante de las relaciones sociales y de un discurso compuesto por racionalidades técnicas; el Estado es la expresión de una organización,

produciendo un enlace integrado de las prácticas, políticas y una unidad discursiva coherentes.

Madel utiliza la genealogía del saber-poder de Foucault, que considera un concepto central y lo que construye y consolida la hegemonía. Jerarquía, orden y disciplina son los tres conceptos centrales para comprender la organización de las instituciones como núcleos de poder, las instituciones médicas incluidas. Es de este modo que se firman y reproducen las relaciones sociales vigentes en el sistema capitalista, en un proceso que instituye el orden social como forma de expresión de poder político del capitalismo; la salud como componente fundamental de la estructuración de tal poder.

Es con éste propósito que ella rescata el concepto de hegemonía de Gramsci, visto en su aspecto contradictorio, definido por ella como un “poder político-ideológico que la clase dominante busca extender al conjunto de la sociedad, a la totalidad de las clases y grupos sociales.” (Op. cit., p.39). El concepto de hegemonía se articula con las instituciones sociales, lo que permite enfatizar su *transversalidad*, atravesando el nivel económico, político, ideológico, así como las funciones represivas y persuasivas, en una relación dialéctica de tensiones entre “sociedad civil” y “sociedad política”.

La generalización de la medicina, dice Madel, garantiza la estrategia de hegemonía de clase por medio de la universalización de la atención médica, implantándose una práctica asistencial sanadora (medicalizadora) de tendencia privatizante, manteniendo, sin embargo, otras formas de asistencia médica controladas, como el sanitarismo. La concentración de este poder en la burocracia institucional – las instituciones médicas y el aparato estatal – gana nuevos contornos al viabilizar el tránsito del discurso médico/económico a la materialización de las prácticas institucionales.

Ella hace énfasis que en el contexto de estructuración del Estado Nacional brasileño y del desarrollo de las fuerzas productivas, los intereses de las industrias imprimieron

una ambigüedad en las políticas de salud, pues, si esas fuerzas productivas eran las que generaban las condiciones de vida que demandaban atención médica, la asistencia ofrecida para resolver los problemas de salud habría sido siempre permeada por los propios intereses de las industrias. Esta articulación estaría centralizada en la figura del Estado, en la estructura de la asistencia médica de la seguridad social, lo que contribuyó con el proceso de privatización de la asistencia del propio Estado, normalizando lo social.

Sérgio Arouca construye una crítica al modelo médico preventivista y su articulación con el proceso capitalista de producción y reproducción social, afirmando que el foco es la Medicina Preventiva, que se imponía como modelo para la reestructuración de la educación en las escuelas médicas. Desconstruye y analiza este proyecto porque, según él, es la primera formulación propiamente científica de la medicina, y problematiza la noción de social involucrada.

Para él, el social establecido por el modelo preventivista es naturalizado, a-histórico y, por lo tanto, falso científico. Su crítica parte de la categoría social presente en el modelo preventivista de atención y cuidado de la salud, dado que ese modelo recomienda la acción comunitaria, estrategia que literalmente extiende la práctica médica al tejido social. Se promovía la ida de médicos y profesionales de la salud a las comunidades, localidades, urbanizaciones y periferia de las ciudades, para una acción educativa y preventiva.

En el contexto de la dictadura militar brasileña de 1964, las posibilidades de la acción pública eran muy restringidas. Al enfocar su crítica en el concepto social del modelo preventivista, argumentando la necesidad de “historizar y socializar” lo que vendría a ser/es ese social, él afirma que el preventivismo “niega la realidad del cuidado médico como mercancía.” (Arouca, 1976, p. 173). Sobre el modelo de Leavell &

Clarck, Arouca dirá que el social participa principalmente como un factor o medio (como ambiente). Es decir, lo social aparece solo como factor causal de la enfermedad al lado de los gérmenes, virus, bacterias, el medio insalubre, etc., todos en una misma dimensión, causadores de enfermedad. Del punto de vista de él, lo social aparece como estructurante: “lo que tenemos es una nominación de lo social, ya que él no aparece como mecanismo explicativo, sino simplemente como referido” (Op. cit, p. 172). La cuestión de fondo, en Arouca, es sobre el aspecto histórico de la ciencia, que debe abarcar también la ciencia médica que precisa reconocerse como histórica.

Al enfrentar la causalidad – aspecto nodal en lo que respecta a los problemas de salud (pues la bacteriología parecía haber aclarado la cuestión de la causalidad de las enfermedades) -, trayendo la dimensión histórico-social al proceso salud-enfermedad, Arouca problematiza la concepción médica biológica. Se trata de preguntar por qué ese tipo de necesidad discursiva esos conceptos aparecen en la posguerra con la definición de la Organización Mundial de la Salud y ocupan un punto central en el discurso preventivista. Y es con base en esta estructura analítica que él formula la noción de la determinación social de los procesos de salud-enfermedad, fundamentado en los delineamientos del materialismo histórico-dialéctico, que comprende los fenómenos de salud-enfermedad determinados por los procesos sociales, económicos y culturales de una sociedad dada.

Arouca hace, así, una crítica al modelo preventivista que, según su análisis, dehistoriza el paciente y el social en/del cual es producto, dirigiéndose a un social naturalizado e ideologizado, pasible, por lo tanto, de control y dominio por el saber biomédico.

Es posible aún destacar en su análisis lo que él afirma como continuidad cualitativa de la Medicina Preventiva, o sea, áreas del conocimiento sobre las cuales, mismo sin

bien conocerlas, es posible estudiarlas y actuar sobre ellas. Arouca utiliza como ejemplo el “iceberg clínico”, en el cual el conjunto de las enfermedades se configura en un cuerpo sólido, donde parte aflora de las aguas y parte está inmersa. En la historia natural de las enfermedades, se puede actuar preventivamente sobre el desconocimiento fabricado como situación vital; esta es la función del cálculo probabilístico sobre el riesgo asociado a las enfermedades.

En síntesis, con estos tres temas, pudimos identificar como matrices de análisis centrales a los autores. Sobre la relación Estado-Sociedad, **el sustrato no es el Estado, solo, sino su papel potencial y real para implementar y garantizar derechos democráticos y sociales, específicamente el derecho a la salud**. Esta interpretación parece muy coherente con el contexto histórico del país para la época; y incluso para los días actuales. Las reflexiones de los autores se dirigen hacia la dimensión de la salud como elemento estructurante del proyecto democrático y de ciudadanía, y no hacia la salud como un resultado del proceso democrático social.

En este sentido, las categorías de **hegemonía**, disputa **capital-trabajo** (a través de las prácticas de salud pública y asistencia de seguridad social), **clases dominantes-pueblo, democracia progresiva-guerra de posición**, etc., señalan hacia una discusión sobre formulaciones concretas de búsqueda de ensanchamiento del Estado, en la perspectiva de la ampliación democrática de éste, un aspecto reconocidamente necesario para la implementación de una política social que considera la salud como derecho de la ciudadanía.

El gran énfasis en el análisis de la formación social brasileña, en su dimensión capitalista, industrial y nacional, presente en casi todos los textos de los autores, demuestra el esfuerzo en comprender al Brasil moderno y el **papel que las prácticas y**

políticas de salud desempeñaron en la conformación social y política brasileña, así como cuál es el papel que el desarrollo del capitalismo industrial imprimía para esa formación social específica. El foco no se estableció en el Brasil colonial, o en el Brasil de la I República, sino en el Brasil de las primeras décadas del siglo XX, buscando entender la salud en las redes del capitalismo industrial entonces emergente en el país y su impacto sobre las clases trabajadoras.

El papel de la **práctica médica y su saber ocupan** gran parte de las preocupaciones de los autores. Se trataba de desnudar su dimensión técnico-ideológica, constitutiva de una determinada forma social, capitalista, hegemónicamente mercantilista y biomédica. Una comprensión que viabilizó entender cómo se estableció la captura de las políticas de salud del país bajo dominio del capital. En diferentes estudios, de forma directa y explícita, o indirecta e implícita, la práctica médica es abordada recuperándose su papel político e ideológico en la producción y reproducción social capitalista.

Por fin, a incorporación de las ciencias sociales es, evidentemente, estructurante de este pensamiento; las obras toman la formación social brasileña y discuten los **desafíos de la constitución democrática** de ella decurrentes, donde resulta el entendimiento de la necesidad de **pensar en la salud como un derecho**, idea fuerza que será pauta del Movimiento de la Reforma Sanitaria y, en consecuencia, de la implementación de la política pública más perenne en Brasil hoy, el Sistema Único de Salud (SUS).

Matrices teóricas se entrecruzan en las obras de los diferentes autores, indicando un nivel consistente y suficientemente delimitado en las discusiones teóricas del campo, fenómeno que también se observa en toda la producción latinoamericana de la época.

Consideraciones Finales

El proyecto de investigación asumió la perspectiva de tomar la teoría social como elemento de análisis, teniendo por objeto la producción teórica del pensamiento social de salud de los años de 1970-1980. Se partió del supuesto de que no es posible observar o comprender las realizaciones concretas libres de teoría (Giddens, 1996), a partir de la cual la realidad es percibida, la experiencia práctica elaborada y la acción política organizada, como afirma Brandão (2005).

Las décadas de 1970 y 1980 fueron, en América Latina y especialmente en Brasil, reconocidamente muy provechosas en la producción del conocimiento en Salud Colectiva, caracterizándose por una transición hacia un pensamiento radical en Salud Pública brasileña. Las obras analizadas demuestran que esta producción marca de forma imborrable la historia brasileña; la historia del pensamiento social brasileño.

Al considerar la historiografía de la salud pública en Brasil (Hochman, 1998; Nunes, 1994; Merhy, 1987; 1992), se puede decir que las matrices discursivas que apoyaron el pensamiento social de la salud fueron, hasta mediados de 1950, la construcción del idealismo sanitarista, sin embargo, en la perspectiva de la protección como control; y en el período que se inicia a mediados de 1970 advino otra matriz bajo el idealismo de la protección de la salud como derecho.

Esto reafirma que la constitución de un pensamiento social en salud estará, siempre, relacionada con el contexto socioeconómico, político-ideológico y cultural de cada época. Es posible decir que la Salud Colectiva trajo fuertes elementos para la nueva comprensión del proceso de salud/enfermedad en las sociedades modernas y contemporáneas, entendiendo la salud como un fenómeno social (Cohn, 2012).

El escenario histórico-social actual invoca nuevos desafíos y cuestionamientos, de naturaleza empírica y teórico-conceptuales. Por lo tanto, hay una necesidad de un retorno a los orígenes del pensamiento, en el sentido del rescate de la politización de la

salud en el ámbito de la producción del conocimiento y de sus prácticas, es decir, “rescatar las dimensiones sociales de la salud” (Cohn, 2012: p.25).

Se comprende que esta lectura crítica de los “clásicos” de la Salud Colectiva contribuirá mucho para iluminar el pasado y el presente, reconfigurando, de esta forma, la perspectiva teórica del pensamiento social en salud en Brasil e América Latina.

Referencias

- Arouca, A.S.S. (2003). O dilema preventivista: Contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva. São Paulo-Rio de Janeiro: Ed. UNESP - Ed. FIOCRUZ.
- Bourdieu, P. (2004). Os usos sociais da ciência: Por uma sociologia clínica do campo científico. São Paulo: Editora UNESP.
- Braga, J.C.S., & Paula, S.G. (1981). Saúde e previdência: estudos de política social. São Paulo: Editora CEBES/HUCITEC.
- Brandão, G.M.B. (2005). Linhagens do Pensamento Político-Brasileiro. Dados, 48 (2), pp. 231-269, doi: 10.1590/S0011-52582005000200001
- Canesqui, A.M. (1995). As Ciências Sociais, a Saúde e a Saúde Coletiva. En: Canesqui, A.M. (Eds.), Dilemas e desafios das Ciências Sociais na Saúde Coletiva. São Paulo-Rio de Janeiro: Editora Hucitec-ABRASCO.
- Cohn, A. (2012). Pesquisa em Saúde Coletiva: Diálogos e Experiências. Santos: Editora Universitária Leopoldianum – Unisantos.
- Donnangelo, M.C.F., & Pereira, L. (1976). Saúde e Sociedade. São Paulo: Duas Cidades.
- Donnangelo, M.C.F. (1975). Medicina e sociedade: o médico e seu mercado de trabalho. São Paulo: Pioneira.
- Escorel, S., Nascimento, D.R., & Edler, F.C. (2006). As Origens da reforma sanitária e do SUS. En: Lima, N.T., Gerschman, S., Edler, F.C., & Suárez, J.M. (Eds.), Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS (pp.59-81). Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ-OPAS-OMS.
- Escorel, S. (1999). Reviravolta na Saúde: Origem e Articulação do Movimento Sanitário. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- Galeano, D., Trotta, L., & Spinelli, H. (2011). Juan César García y el movimiento latinoamericano de medicina social: notas sobre una trayectoria de vida. Salud colectiva, 7(3), pp. 285-315, Recuperado de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652011000400002&lng=es&tlng=es.
- García, J.C. (1985). Apresentação. En: Nunes, E.D. (Ed.), As Ciências Sociais em Saúde na América Latina: Tendências e Perspectivas (pp. 21-28). Brasília: OPAS.
- Giddens, A., & Turner, J. (1998). Teoria social hoje. São Paulo: Editora UNESP.
- Hochman, G. (1998). A Era do Saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil. São Paulo: Hucitec/Anpocs.
- Ianni, A.M.Z. (2011). A Saúde Coletiva como campo científico e político na América Latina. En: Ferreira, L.C. (Ed.), A questão ambiental na América Latina: Teoria social e Interdisciplinaridade (pp. 141-157). Campinas: Editora UNICAMP.

- Luz, M.T. (2014). *As instituições médicas no Brasil*. 2ª ed. Porto Alegre: Editora Rede Unida.
- Merhy, E.E. (1992). *A Saúde Pública como política - Um Estudo de Formuladores Políticas*. São Paulo: Editora Hucitec.
- Merhy, E.E. (1987). *O Capitalismo e a Saúde Pública – A emergência das Práticas Sanitárias no Estado de São Paulo*. Campinas: Papirus.
- Mota, A., Schraiber, L.B., & Ayres, J.R.C.M. (2017). “Paulistanidade” e a construção da Saúde Coletiva no estado de São Paulo, Brasil. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 21(60), pp. 5-11, doi: 10.1590/1807-57622016.0863
- Nunes, E.D. (1994). *Saúde Coletiva: História de uma ideia e de um conceito*. *Saúde e Sociedade*, 3(2), pp. 5-21, doi: 10.1590/S0104-12901994000200002
- Nunes, E.D. (1985). *Tendências e Perspectivas das Pesquisas em Ciências Sociais na América Latina: uma Visão Geral*. En: Nunes, E.D. (Ed.), *As Ciências Sociais em Saúde na América Latina - Tendências e Perspectivas* (pp. 31-79). Brasília: OPAS.
- Oliveira, J.A.A., & Fleury, S.M. (1985). *(Im)Previdência Social - 60 Anos de história da Previdência social no Brasil*. Rio de Janeiro: Vozes/Abrasco.
- Oliveira, J.A.A. (1987). *Reformas e reformismo - "democracia progressiva" e políticas sociais (ou "para uma teoria política da reforma sanitária")*. *Cadernos de Saúde Pública*, 3(4), pp. 360-387, doi: 10.1590/S0102-311X1987000400002
- Paim, J.S., & Almeida Filho, N. de. (1998). *Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas?*. *Revista de Saúde Pública*, 32(4), pp. 299-316, doi: 10.1590/S0034-89101998000400001
- Paim, J.S. (2008). *Reforma Sanitária Brasileira: Contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador-Rio de Janeiro: EDUFBA-Editora Fiocruz.
- Quivy R., & Campenhoudt, L. (1992). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Severino, A.J. (2002). *Metodologia do trabalho científico*. São Paulo: Cortez.
- Stotz, E.N. (1997). *A Saúde Coletiva como projeto científico: teoria, problemas e valores na crise da modernidade*. En: Canesqui, A.M. (Ed.), *Ciências Sociais e Saúde* (pp. 273-284). São Paulo-Rio de Janeiro: Editora Hucitec-ABRASCO.
- Teixeira, S.M.F. (1992). *Estado y Crisis: una perspectiva latino-americana*. En: Teixeira, S.M.F. (Ed.), *Estado y Políticas Sociales en América Latina* (pp. 19-49). Mexico: UAM - X/ENSP.
- Teixeira, S.M.F. (1995). *Reflexões teóricas sobre a democracia e Reforma Sanitária*. En: Teixeira, S.M.F. (Ed.), *Reforma Sanitária: Em Busca de uma Teoria* (pp. 17-46). São Paulo: Editora Cortez-ABRASCO.
- Vita, L. (2012). *Apogeo y crisis de la ciudadanía de la salud: Historia del derecho a la salud en el siglo XX*. *Salud colectiva*, 8(3), pp. 337-340, Recuperado de: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652012000400010&lng=es&tlng=es.