

Re-imaginando la salud global a través de la medicina social*

VincanneAdams(a), DominiqueBehague(b,c), CarloCaduff(c), IlanaLöwy(d) and FranciscoOrtega(e)

(a) Department of Anthropology, History and Social Medicine, University of California, San Francisco, CA, USA; (b) Medicine, Health and Society, Vanderbilt University, Nashville, TN, USA; (c) Department of Global Health and Social Medicine, Kings College London, London, UK; (d) CERMES 3 (INSERM, CNRS, EHESS), University Paris, Paris, France; (e) Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil

Resumen

Los trabajos conceptual y práctico realizados tanto por la medicina social como por la salud global se han superpuesto a menudo. En este artículo sostenemos que los nuevos esfuerzos para aprehender 'lo social' en la medicina social ofrecen importantes conocimientos sobre la salud global, a partir de cinco líneas de análisis crítico: (1) las reconfiguraciones del Estado y nuevas formas de activismo político, (2) el filantropocapitalismo y la mercantilización de la vida, (3) la economía de la asistencia sanitaria, (4) el cambio climático antropogénico, y (5) la geopolítica entre el norte y del sur.

Palabras clave: Medicina social, el Estado, filantropocapitalismo, Antropoceno, geopolítica

Introducción

La medicina social, conocida de manera amplia y variada como un campo que se centra en las bases sociales de la salud y la enfermedad, tiene una larga historia. Antes de formalizarse como campo académico y disciplina médica, a mediados del siglo XX, la medicina social era un tema de interés para los reformadores sociales, los académicos y los profesionales de la salud. En este artículo abogamos por una re-imaginación de la salud global en y a través del trabajo conceptual de la medicina social: una tarea que llama nuestra atención sobre las limitaciones de la manera como es frecuentemente conceptualizado y practicado el campo de la salud global hoy en día (1).

Al rastrear la historia de la medicina social, se podría afirmar que se ha desarrollado de manera diferente, dependiendo de las respuestas a los distintos desafíos que ha tenido en los últimos siglos. Incluso se podría hablar de una historia de medicina social en el Reino Unido, en Europa y más tarde en los Estados Unidos, si tenemos en cuenta tres fases aproximadas:

- El esfuerzo radical de la época de mediados del siglo XIX para reconocer las condiciones sociales, políticas y económicas de la salud y la enfermedad, puestas en evidencia por los trabajos de Virchow (1849);
- El nacimiento, a fines del siglo XIX, de instituciones de salud pública para el bienestar social, en la que surgió la idea de la población como una preocupación principal para las formas de gobiernos, idea descrita cuidadosamente por Michel Foucault (2000, 2004, 2012) entre otros;
- El auge en el siglo XX de la crítica de las ciencias sociales en relación con las bases sociales, culturales y políticas del conocimiento médico-científico y con la distribución desigual de la salud y enfermedad, dando lugar a una variedad de compromisos de la medicina social, a través de la experiencia académica (de STS a Health Economics, en el

* Traducción Manuel Espinel Vallejo, MD, PhD. Profesor de sociología, Facultad de Ciencias Políticas y Sociología. Universidad Complutense de Madrid

trabajo de Archie Cochrane, Thomas McKeown, Agnus Deaton, Michael Marmot para mencionar algunos) y de prácticas de políticas, en una variedad de sitios donde se realizaban diferentes formas de intervención política y socio sanitaria (desde clínicas comunitarias hasta programas nacionales de salud, en una amplia variedad de países) (Gofin, 2006; Jones, Greene, Duffin y Warner, 2014; Porter, 2006; Wilkinson y Pickett, 2009) (2).

Los programas formales de investigación y educación en medicina social de hoy, se posicionan como un antídoto a la atracción arraigada y a menudo reduccionista de la biomedicina, impulsada por las bases genéticas y de farmacología molecular de la enfermedad y por la intervención médica; en contraposición, los académicos de la medicina social trabajan (a menudo junto con clínicos) para llamar la atención sobre intervenciones terapéuticas/preventivas, que ponen en primer plano las condiciones sociales de vida. Nuevos programas de formación tanto en medicina social (3) como más reciente en la agenda de “competencia estructural” (ver Metzl y Hansen, 2014), y en las publicaciones adjuntas (Stonington et al., 2018), son solo algunos ejemplos de esto, basados en muchas décadas de estudios que muestran lazos directos e indirectos entre la desigualdad social y la mala salud. La medicina social ha sido y sigue siendo promovida por una amplia gama de esfuerzos institucionales, intelectuales y políticos que son de alguna manera más frecuentes y urgentes que nunca.

Al mismo tiempo, los académicos de la medicina social parecen permanecer siempre en una batalla cuesta arriba por su reconocimiento y su influencia (Waitzkin, 1991), debido a que los esfuerzos por incorporar información o aspectos que tiene que ver con las dimensiones sociales de la salud y la asistencia sanitaria, siguen siendo limitados y de menor importancia frente a perspectivas disciplinarias más competitivas. Uno puede encontrar académicos y activistas realizando trabajos que son claramente identificables como genealogías de la medicina social en una amplia gama de disciplinas de ciencias sociales y humanidades (desde la historia hasta la cirugía global) y, sin embargo, no manifiestan que están realizando actividades propias de la medicina social. De hecho, en lugar de considerar estas actividades como fundamentales para campos emergentes que ofrecen aproximaciones de lo "social", como la epidemiología social, la psicología social, la salud de la población, la economía de la salud, etc. (Bell, 2018), estas disciplinas a menudo ignoran el hecho de que en realidad están haciendo medicina social (5). Raramente, la medicina social es reconocida como un aspecto primaria y fundamental para comprender e intervenir en la en salud (Stonington y Holmes, 2006). En este artículo, nos centramos en un conjunto particular de formas en las que se ha pasado por alto a la medicina social, a la hora de abordar un campo en particular: el campo de la salud global.

Trabajando en este contexto, Holmes, Greene y Stonington (2014) han identificado cuatro enfoques en los que la medicina social podría aportar a la salud global:

“Metodologías multidisciplinarias, enraizadas en la teoría social, que permiten desarrollar una postura interpretativa crítica y una tendencia a poner en evidencia los aspectos sociales de problemas clínicos y científicos. Es crucial para todo este trabajo un compromiso con el rigor de la investigación empírica en el mundo social: compromiso etnográfico, análisis histórico, epidemiológico, sociológico y social y ética contextual” (2014, p. 3).

Nuestro artículo recoge los contextos en los cuales estos autores han abierto un espacio crítico para imaginar la forma como la medicina social podría ponerse en conversación con la salud global, comenzando por interrogar lo que se entiende tanto por "salud global" y como por "lo social".

La salud global no es un hecho dado, sino un nuevo régimen de representación e intervención: un imperativo del siglo XXI. Como han demostrado los académicos, el cambio de la salud internacional a la salud global, en las últimas décadas, podrían caracterizarse por una serie de cambios a gran escala: el debilitamiento de la Organización Mundial de la salud; el aumento de los intereses en la salud por el Banco Mundial (y el FMI); la aparición de nuevos y poderosos actores privados como la Fundación Bill y Melinda Gates y el cuasi privado Fondo Global; la internacionalización de investigación farmacéutica y de los mercados de la Organización de Investigación por Contrato (CRO); el truncado éxito de los programas Internacionales de Desarrollo en Salud; el cambio en los perfiles de morbilidad, visible a través de instrumentos como el DALY, el QALY y Índice de la Carga Internacional de la Enfermedad; y el surgimiento de un nexo entre "comercio/seguridad/ enfermedad" (Adams, 2013a, 2016; Birn, 2009; Brown, Cueto y Fee, 2006; Caduff, 2015; Erikson, 2016; Fassin, 2012; Gaudilliere, 2014; King, 2002; Béhague Tawiah, Rosato, Some y Morrison, 2009) (5). Si bien estos cambios han dotado a las instituciones de salud global, y a las élites expertas que trabajan dentro de ellas, con una potencia considerable, también estos académicos han notado que estos cambios han llevado a una gran cantidad de distorsiones e inequidades, en la forma en que la salud pública trabaja. Esto ha agregado una capa de complejidad a lo que ya ha sido una historia irritante de esfuerzos por la salud internacional, que han estado profundamente atrapados por aventuras colonialistas y neocoloniales. También es útil recordar que, en muchas partes del mundo, la salud global -como la salud internacional antes que ella, es a menudo poco familiar, tiene muy poca influencia o encuentra resistencias activas (Anderson, 2014; Dilger & Mattes, 2018; Hodges, 2012; King, 2002), situaciones que hace del trabajo en la salud global un desafío continuo, a pesar de la novedad de su nombre y de algunos de sus elementos constitutivos.

Como han demostrado algunos académicos, el cambio de la salud internacional a la salud global ha tendido a marginar perspectivas de la medicina social, socavando los esfuerzos para trabajar a través de lo social, esfuerzos que habían comenzado en las décadas anteriores. Aggleton y Parker (2015) describen cómo se promovió el reduccionismo biomédico por los principales actores mundiales de la salud (incluida la OMS y la Fundación Gates) en relación con la prevención y el tratamiento del VIH, ya que las soluciones farmacéuticas suplantaron los llamados por mayores esfuerzos en salud comunitaria. A pesar del rechazo a Michael Marmot y a sus esfuerzos con la Comisión de la OMS sobre los Determinantes Sociales de la Salud (2008) (6), el esfuerzo incluso no necesariamente reducido para incluir las perspectivas de la medicina social, se redujo en gran medida después de la crisis financiera mundial y, desde entonces, el regreso a la hegemonía biomedicina tanto en la investigación como en la política de las principales instituciones de salud global ha persistido. Un indicador de esto es el giro hacia la ciencia basada en evidencia y la revitalización de la "bala mágica" y, a menudo, el pensamiento impulsado farmacéuticamente como impulsores de políticas y planificación (Cueto, 2013). Nuestra noción de las limitaciones de la salud global apunta a estos desafíos actuales y provoca que sigamos considerando que de diferentes maneras la medicina social sigue siendo útil; en términos más específicos, consideramos que forma que adquieres la noción de "lo social" en la medicina social podría ser cuidadosamente interrogar de una nueva perspectiva.

Nuestro argumento es que muchos programas de salud global funcionan con un enfoque muy particular y limitado de la concepción de lo "lo social", algo que algunos esfuerzos en la medicina social también pueden a veces, sin darse cuenta, reproducir como en el caso del "modelo de determinantes sociales de la salud" adoptado por la comisión de la OMS, mencionado anteriormente. Nuestro objetivo es mapear algunas de las formas en las que se puede interrogar a lo social en ciencias sociales en estos días, y poner estos interrogatorios en

conversación con lo que está sucediendo en salud global, en lugar de proporcionar un índice exhaustivo de lo que ofrece actualmente la salud global (7). En otras palabras, este documento no ofrece una lista de los fallos actuales en la salud global, sino un esfuerzo por establecer dos campos de estudio que conversan entre ellos. Para estar seguros, nuestro objetivo no es argumentar que la salud global de hoy en día no tiene nada que ver con lo social, o que es la única tarea de la medicina social poner lo social más intesamente en el centro de las intervenciones de salud global. Más bien, nuestra motivación es explorar cómo se utiliza actualmente una noción particular de "lo social" en la salud global, y cómo es necesario una reconsideración a lo largo de las líneas que se están rediseñando en los círculos críticos de la medicina social hoy, porque, de no hacerlo, se corre el riesgo de reproducir algunas limitaciones importantes de la salud global.

Con esto queremos decir que categorías como género, clase, raza y poder se utilizan ampliamente en la salud global, pero a menudo se toman como entidades auto-evidentes que existen en el mundo, como los árboles o las piedras, cuando, de hecho, son conceptos mutables, sinérgicos y variables que tienen un papel complejo para ayudarnos a comprender la vida de la gente. No se puede hablar de género, por ejemplo, independientemente de las formas en qué género se entiende y se pone en práctica en la vida cotidiana, en multiplicidad de formas, en diferentes contextos geográficos y culturales. La salud global necesita ir más allá de una comprensión naturalizada de lo social como causa o contexto, y reconocer la violencia analítica que cometen los académicos cuando asumen simplemente que ciertas personas "pertenecen" a una "familia" o "género" o "raza" o "nación". Como Das (2003, p. 101) subraya "no se puede decir que un individuo 'pertenece' a su red de parentesco, comunidad o barrio como, por ejemplo, el agua pertenece a una botella o la ropa pertenece al armario". Cualquier hecho de "pertenecer" a lo social está plagado de tensiones, y las luchas que presenciamos a menudo son luchas en torno a una forma de "sociabilidad" normativa. El concepto mecánico de lo social, que subyace en muchos trabajos sobre salud global, -por ejemplo, en cursos sobre los llamados "determinantes sociales y estructurales de la salud" y en libros de texto sobre salud global, que se refieren a estas categorías, con poca exploración de las formas como divergen en la práctica, deben ser reemplazados por una reformulación mucho más flexible, interseccional y contingente de lo social. A pesar de la gran cantidad de trabajo crítico de las ciencias sociales que ha puesto en evidencia que ninguna de estas categorías es evidente, nos sorprende la frecuencia con la que aparecen referencias a factores sociales como mera información de fondo, como datos (por ejemplo, como identidades de género, casta, clase, etnia que no tienen relación con el análisis). Del mismo modo, que la aplicación mecánica del concepto de "determinantes culturales de la salud" necesitaba deconstruirse, toda vez que se utilizaba reduccionistamente para reproducir las nociones esenciales de la diferencia cultural en la atención clínica; por lo que también podríamos tener que deconstruir el daño que genera la reificación de nociones como raza, clase, género, nación, etc., conceptos que representan "lo social", en gran parte del mundo trabajo de salud hoy.

En lo que sigue, consideraremos cinco ámbitos en los que las nuevas conceptualizaciones de "lo social" se desarrolla en la teoría social, y que puede ser desconocida para algunos, pero de gran utilidad en la salud global. Estas son: (1) reconfiguraciones del Estado y nuevas formas de activismo político, (2) filantropocapitalismo y la economización de la vida, (3) la economía de la asistencia sanitaria, (4) los desafíos del cambio climático antropogénico (5) la geopolítica entre el Norte y el Sur globales. Exploramos estos ámbitos en relación con lo que vemos como posibles limitaciones del trabajo de salud global actual y, al hacerlo, cuestionamos lo que identificamos como lo que podría ser el imaginario biopolítico central que sustenta lo social como lugar de intervención en gran parte de este trabajo. Una

aproximación de la medicina social que promueva una comprensión más compleja de lo social, puede incluso abrir la caja negra de "inequidad" que a menudo se ha dado por sentado en gran medida en las ciencias sociales, ayudándonos a pensar qué metodologías funcionan mejor para esta reconceptualización.

Reconfiguraciones del Estado

Los estudiosos de la medicina social han confiado durante mucho tiempo en la suposición de que, para hacer medicina social, es necesario tener un Estado-nación fuerte, un organismo rector que pueda atender la salud del organismo social o, como mínimo, pueda apoyar la voluntad política para tal fin. La salud global ha clamado recientemente por lo mismo, suponiendo que el Estado debe estar involucrado en el aprovisionamiento de infraestructura de salud, mano de obra y bienes políticos. Un buen ejemplo de esto es el manifiesto Global Health 2035 de la revista británica *The Lancet* (8), que pide subsidios estatales para la cobertura universal de salud en países de ingresos bajos o medianos, replicando los éxitos de países de las "4 C" (Chile, China, Costa Rica y Cuba) donde los programas de salud subsidiados a nivel nacional han sido fuertes (Jamison et al., 2013). Este imaginario biopolítico fundacional y la nostalgia por un Estado como guardián de lo social que esto implica, necesita una reevaluación crítica dado que, en buena medida, el trabajo en salud global ha tenido, como muchos han señalado, una relación muy ambivalente con el Estado nacional.

Por lo tanto, si bien, por un lado, muchos programas y agendas de salud global asumen y promueven la noción de un Estado fuerte, que prioriza e invierte en la salud de su población, también somos testigos, por otro lado, de un debilitamiento del Estado por desterritorializaciones y desagregaciones que surgen por la intensificación de procesos políticos y económicos de liberalización y globalización en salud global. Este trabajo ha estado acompañado por la disminución relativa de la ayuda estatal bilateral y multilateral y por el aumento del apoyo de ONGs y agencias filantrópicas privadas, grandes y pequeñas. Estos cambios institucionales, replicados en la producción del informe Global Health 2035 (que no incluye representantes estatales), ha permitido que una gran parte del trabajo de salud global se realizara con menos compromiso con las agencias estatales, a veces sin ninguna comunicación con las representaciones locales o regionales de los Ministerios de Salud de los países. La disposición y la capacidad de los gobiernos nacionales para gestionar, coordinar o asesorar el trabajo de diversas intervenciones de ONGs, con o sin ánimo de lucro, se ha truncado por estos cambios en el financiamiento y la priorización, dejando en realidad muchos programas nacionales de salud sin fondos suficientes y relativamente poco desarrollado (Buse y Walt, 2009; Schrecker, 2018). Donde corporaciones del sector privado, tales como la Organizaciones de Investigación por Contrato, trabajan junto con intervenciones de investigación experimental, financiadas por agencias no bilaterales como la Fundación Gates (para estudios de vacunas o mosquitos que no pueden transmitir la malaria, por ejemplo), la financiación rara vez se enruta a través de programas de salud estatales o de atención primaria en salud (Petryna, 2009). En cambio, los equipos de investigación se establecieron como centros independientes para la generación de datos y prestación de servicios de salud, frecuentemente en competencia con instituciones financiadas por el Estado, incluso aunque todavía dependieran de dichos actores para su apoyo (Biruk, 2018; Crane, 2013; Geissler & Molyneux, 2017). Confiar en las organizaciones como ONGs lleva a un conjunto de intervenciones que pueden producir desigualdades radicales y desarrollo de políticas incoherentes dentro de los países (9).

En este contexto, debemos prestar más atención a lo que todo esto significa, no para la desaparición del Estado, sino más bien *para reconfigurar el papel del Estado en la salud*, comenzando con el hecho de que el Estado no es de ninguna manera una entidad homogénea

que haya sido es igual en todas partes (10). Que la Salud global asumiera las demandas del Estado por cumplir los sueños de salud nacional, mientras permanecía en silencio (o invisible) y superaba y tenía éxito allí donde el Estado, -y por extensión donde la salud internacional habían fallado-, no significa que el poder del Estado haya desaparecido o que pudiera, de repente, materializarse en programas robustos relacionados con la cobertura es salud. Por el contrario, en muchos países, especialmente en África, el Estado puede estar debilitándose, pero, sin embargo, permanece presente como una ausencia deliberada en lo que Geissler (2015) denomina el “para Estado”. El para Estado forma una arquitectura en la sombra compuesta por instituciones biopolíticas, no gubernamentales y de mercado que dependen de la ficción de un Estado en curso, pero que escapan a su poder. Sin duda, ningún programa de salud global puede funcionar hoy sin al menos una mínima participación del Estado. Como Geissler subraya, el Estado:

“sigue siendo tangible en las muchas personas vinculadas a su fuerza de trabajo, en sus edificios y espacios de movilidad, y sus procedimientos habituales y papeleos; también permanece presente en las reclamaciones de asistencia de la gente, en la determinación de los proveedores del Estado para definir políticas y estándares, e incluso en la insistencia a los donantes extranjeros que aspiran a trabajar a través de Estado socios” (Geissler, 2015, p. 4).

Al mismo tiempo, lo que este Estado es, de manera específica y variable, debe considerarse cuidadosamente en relación con las formas en que los programas de salud global y las corrientes de financiación eluden los canales de toma de decisiones y de poder, que tradicionalmente se encuentran en las instituciones de gobierno de los Estados. La forma en que los proyectos de investigación de salud global representan al Estado, al proporcionar atención médica y, al mismo tiempo, socavan la autoridad del Estado mediante la canalización de la mayor parte de la atención médica, a través de las redes y las infraestructuras de producción de datos, ofrece un ejemplo de este terreno social del para Estado (Crane, 2013; Tichenor, 2016). Este acuerdo requiere que reconsideremos lo que significa "lo social" en relación con el Estado-nación. Como señala Geissler, este no es el Estado biopolítico del siglo XX, sino más bien una sombra de su antiguo yo imaginado que es absorbido por nuevas formaciones biopolíticas que articulan intervenciones de nuevas maneras. En los países que dependen en mayor medida de la ayuda, la salud global en realidad hace que el Estado sea ambiguo como el guardián clave de la salud del cuerpo social, cuestionando el alcance de su capacidad para mejorar la salud, incluso al pedirle que actúe.

La pregunta clave que debe hacerse, por lo tanto, es qué hace posible y qué niega esta ausencia deliberada. Repensar el significado de “lo social” en relación con el Estado-nación ofrece una alternativa a los entendimientos normativos del Estado, basados en la repetición de ideas bien utilizadas de lo que debería ser el Estado, de cómo debía “hacer” lo social y de lo que debería hacer que, al final, se conviertan en esperanzas utópicas. No tiene sentido continuar haciendo referencia a la frase de Politik como *Medizin im Grossen*^{**}, citada (pero poco analizada) de Virchow, cuando las ideas de lo social, lo político y lo médico están cambiando rápidamente, ya que el propio Estado está siendo desmantelado y reconstruido a través de una serie de alianzas público-privadas. Estamos señalando la necesidad de estudiar el Estado, ya que se está reconfigurando, explorando cómo se entrelaza con una presencia de salud global, o no, e investigando las prácticas de lo social que el Estado defiende y niega. Debemos preguntarnos cómo se materializa el Estado en el terreno y en la vida cotidiana, como una ausencia deliberada y una presencia imaginada.

^{**} La Política como Medicina con mayúscula (NT)

Un buen ejemplo de este trabajo conceptual son las recientes 'mutaciones en la ciudadanía' (Ong, 2006) que se han identificado como consecuencia de los flujos de mercados, tecnologías y poblaciones que cuestionan las oposiciones básicas entre ciudadanos y ciudadanos apátridas o territorializados vs derechos humanos desterritorializados. La ciudadanía en relación con los Estados nacionales es suplantada por criterios que se toman como universales: los derechos humanos y los valores neoliberales de flexibilidad, movilidad y emprendimiento, estructura biológica y la capacidad de supervivencia en los campos de refugiados. Se movilizan nuevas demandas como base para los derechos, las prestaciones y la protección que borran las viejas nociones del Estado nación, incluso al mismo tiempo que se refuerzan las fronteras nacionales. Estas “mutaciones de ciudadanía” también han resultado en nuevos ámbitos de activismo (bio) político y formación de ciudadanía (Rose y Novas, 2005; Vidal y Ortega, 2017), cambiando los límites entre el Estado y la sociedad, lo privado y lo público, y promoviendo nuevos objetos de discusión, nuevos foros de debate, nuevos temas para la democracia y nuevos estilos de activismo político (Ortega, 2014; Rose, 2007). Se alcanzan nuevas sensibilidades de cuidado y supervivencia en y a través de la pertenencia terapéutica y los ritos (Nguyen, 2010; Ticktin, 2011). El hecho de que los para Estados a menudo utilizan el filantropocapitalismo como motor para impulsar tales políticas, por ejemplo, en vista de nuestra crítica anterior, también merece más atención (que ofrecemos a continuación).

La noción más desarrollada a partir de una consideración más cuidadosa de “lo social”, ofrecida por la medicina social, entra en sintonía con las nuevas políticas y nuevas formas de activismo que están surgiendo en dominios que pueden no ser identificables a primera vista como dominios médicos o de salud (desde la primavera árabe a #metoo y #BlackLivesMatter). Los nuevos movimientos sociales y las nuevas formas de activismo biosocial que organizan comunidades por la justicia social, pueden revelar los mundos de sufrimiento e injusticia que a menudo se han vuelto invisibles por enfoques más simplistas de la desigualdad estructural, que a menudo se encuentran en la salud global, y por referencia a una noción tradicional del Estado-nación (Schuller, 2016). Las nociones de socialidad están cambiando, a medida que la ciudadanía, la biología y la comunidad se unen en plataformas para el cambio. Esto, en parte, también requiere un nuevo tipo de atención a los medios de comunicación y las redes sociales, pero también al trabajo conceptual que se está realizando en estos movimientos para avanzar en la justicia social. En resumen, si bien los programas de salud globales suelen recurrir a viejas nociones del Estado nación, y se basan en las nociones tradicionales de ciudadanía y justicia social para avanzar en la salud, el enfoque de la medicina social que avanzamos en este documento requiere una mayor atención a todas estas nuevas ausencias y presencias en relación con los llamados a “desarrollo de capacidades” o “voluntad política” para avanzar en la salud. Específicamente, cómo los “Estados” son reconfigurados en instituciones “para Estatales” por varios actores que participan en la salud global, y cómo los esfuerzos por una justicia social deben ser conceptualizados por las nuevas nociones de ciudadanía, biopolítica y comunidad, todo ello al mismo tiempo de que muchos programas de salud global pasan muy a menudo por alto todo esto, al suponer un Estado nación que puede o no existir en las formas en que a menudo se le imagina.

El filantropocapitalismo y la economización de la vida

Los programas mundiales relacionados con la salud han tenido la tendencia a convertir todos los problemas de salud en problemas económicos, un patrón vinculado, por una parte, a la presencia cada vez más significativa de economistas de la salud en la planificación de la salud, y, por otra parte, a la fuerza que ha adquirido el neoliberalismo en los últimos años (McGoey,

2015; Sobo, 2016) Aquí también sostenemos que una aproximación desde la medicina social nos ayudaría a considerar las formas en que “lo social” ha sido figurado históricamente en relación con la economía y, cómo la economía pone límite lo que se puede hacer en el trabajo de salud global en la actualidad.

Michelle Murphy ha puesto en evidencia que buena parte de la historia de la salud internacional ha implicado una economización de la vida, un proceso que comenzó mucho antes de que tuviéramos algo llamado salud global, toda vez que el surgimiento de un “régimen de valoración históricamente específico dependía de la figura ‘macrológica’ de la economía nacional ... [por la cual] podría generarse un valor optimizando de las oportunidades agregadas de vida... en relación con el horizonte de la economía” (Murphy, 2017, p. 6). Emergente durante el siglo XIX, la economización de la vida floreció en la era del desarrollo de la posguerra, especialmente con la planificación familiar y la salud reproductiva, dónde el hecho de asignar un valor a formas de vida específicas de género, “por el bien de la macroeconomía” (Murphy, 2017, p. 148), comienza a tener un carácter normativo. Murphy rastrea estas prácticas aún más, hasta llegar a sus puntos finales lógicos bajo el neoliberalismo contemporáneo, a medida que los grandes datos y las corporaciones se veían inmersas en la promesa fantasmagórica de la inversión en poblaciones saludables: en qué medida las niñas vulnerables llegan a ser recontextualizadas como mercados emergentes y los pobres se transforman en microempresarios (ver también Ferguson, 2010; Ong, 2006). La medicina social nos ayuda a plantear preguntas sobre el valor de la vida fuera de un marco dominado por ideas naturalizadas de la “población” y la “economía”. Aquí está en juego la forma como queremos entender “lo social” que queda atrapado en estas economías.

El filantropocapitalismo ofrece un buen caso para comprender la manera en la que entendemos lo que significa “lo social”, cuando se lo vincula con los esfuerzos de “demarcar el valor humano y de explotar las oportunidades de vida”, como dice Murphy. El filantropocapitalismo moviliza los recursos privados y la filantropía corporativa para la salud global y la asistencia sanitaria, a través del de un modelo de libre mercado, regresándonos (dirían algunos) a las reminiscencias de la ayuda sanitaria de la era colonial (Vaughan, 1991; Birn, 2009). Pero, los modelos del filantropocapitalismo tienden a mantener “lo social” como una constante más que como una variable que debe ser descifrada en el cálculo de los éxitos o de los fracasos. De allí que escuchemos hablar de los *dobles resultados finales**** en relación con los beneficios sociales del filantropocapitalismo, en el cual los beneficios para la salud se obtienen junto con las ganancias fiscales en un escenario que se asume beneficioso para todos, desplazando las viejas críticas a las compensaciones inevitables por los beneficios para la salud (Adams, 2013b). Sabemos que los regímenes de caridad, con fines de lucro, tienden a favorecer las intervenciones tecnológicas y farmacéuticas sobre las intervenciones que no pueden mostrar un claro beneficio, y también sabemos que, sin evidencia de beneficios fiscales, los proyectos de salud claramente beneficiosos a menudo se descartan (Kelly y McGoey, 2018). Por lo tanto, lo que se trabaja es la noción inexplorada de “beneficios sociales”, que hace que los dobles resultados sean muy importantes. ¿Qué significaría sacar a la luz las nociones de “bien social” que circulan como reclamo de éxito en este de transacciones?

La medicina social ofrece una manera de interrogar la forma como se define el “beneficio social”, que podría implicar la dependencia en relación con tipos específicos de evidencia mientras se borran otros tipos de evidencias. Por ejemplo, los líderes de la comunidad

*** *Double bottom line* es la expresión que figura en el texto original. Botom line hace referencia al retorno, generalmente monetario, de una inversión. Doble bottom line hace referencia a las consecuencias tanto financieras como sociales de una decisión de inversión. (NT)

en salud global se oponen al esfuerzo inútil de una parte de la OMS para convencer a los gobiernos que impongan impuestos más altos sobre alimentos y consumibles que causan diabetes u otro tipo de enfermedades (como si el consumo dependiera solo del costo). Nuestra intuición es que pocos de investigadores involucrados en establecer tales agendas tienen idea de cómo estos alimentos y bienes adquieren sentido en los medios sociales donde se consumen, o incluso, qué conceptos de valor social circulan en relación con su costo (Horton, 2018a, 2018b). De igual manera, el seguimiento de medios tecnológicos, como las vacunas y la distribución de medicamento, que pueden generar provechosas oportunidades para todos, requiere que tengamos en cuenta no solo los beneficios de las farmacéuticas, resultantes de los logros generados por la inmunización, sino los valores percibidos y las prácticas reales que son desplazadas por las vacunas y la adopción de intervenciones farmacéuticas (Dumit, 2012; Hayden, 2003; Marglin, 1990; Peterson, 2014; Sobo, 2016). En este caso, sacar a la luz lo que se entiende por “bien social”, ofrece diferentes formas de rastrear el beneficio, generando ideas que nos ayudan a comprender cómo y por qué los programas de salud global (incluso aquellos con conciencia de “determinantes sociales”) a menudo no logran los objetivos de salud, incluso cuando se consideran exitosos. Entender la mecánica de farmaceticización, como un conjunto de desplazamientos sociales y no simplemente como un signo de atención efectiva, es una línea de análisis que debería considerarse aquí (Van der Geest y Whyte, 1988; Whyte, Van Der Geest y Hardon, 2003).

Intentar desacoplar la salud de sus potenciales micro y macro-financieros significa leer lo social en formas no instrumentalistas (y no financiera) hasta el final. Por lo tanto, debemos reconsiderar el papel que ha jugado la medicina social en la economía de la vida. Negarse a tomar lo social como un atributo independiente y flexible en relación con la generación de estadísticas de salud (que muestran, por ejemplo, que algo es rentable o no) abre el espacio para pensar de qué otra manera podríamos medir los resultados, de qué otra manera podríamos hablar sobre un bien fiscal y cómo pensamos sobre el valor en relación con la salud. Hasta la fecha, hay poco esfuerzo para definir cómo funciona lo social en estos espacios de responsabilidad de la financiarización de la salud, hay poco rigor intelectual sobre lo social en los tipos de trabajo que se realizan en estas intervenciones en salud global.

La economía de lo importante

Una de las ventajas de las aproximaciones conceptuales de la medicina social es el uso de un repertorio analítico crítico, para comprender cómo algunos problemas de salud están lejos del lugar donde se encuentran los cuerpos enfermos. Esto también requiere pensar las nuevas maneras sobre las que constituye “lo social” en la salud global. En lugar de tratar lo social como la caja negra cerrada en el contexto donde se realizan los proyectos, estas aproximaciones se dirigen hacia el aparato social de lo importante - una economía de lo importante que se habilita para la salud global. Lo que queremos decir con esto es que ciertas cosas reciben más atención que otras, como parte de la maquinaria de incidencia política, mientras que otros problemas pasan desapercibidos, si no descuidados por completo (Ollila, 2005; Storeng y Béhague, 2014). Esto es en parte una función de cómo funciona el financiamiento para la salud global, pero también una limitación impuesta por la comprensión superficial de lo social. Las intervenciones de salud global están constituidas en y a través de repeticiones sociales cuyos resultados hacen que algunas cosas sean visibles y otras invisibles.

Por ejemplo, la violencia a menudo se pasa por alto en las campañas de salud global, aunque sea un problema que se pueden resolver de manera más inmediata, incluso cuando causa un enorme sufrimiento físico y una alta morbilidad/mortalidad. No hace falta mucho para darse cuenta cómo las situaciones violentas, se a través de un solo machete, del disparo de una sola

bala, del vuelo urgente sobre territorios peligrosos para escapar de la persecución, exacerbando los problemas de enfermedades infecciosas, interrumpen las campañas de prevención y socavan las ganancias de salud (De Leon, 2015). No es exactamente fácil motivar a las personas que viven con altos niveles de violencia crónica, para que luchan contra los mosquitos (Löwy, 2017). Lo que está en juego en esta crítica es la idea de que, de repente, se pondrán a disposición fondos para la malaria, el SIDA y la tuberculosis, y se desplegarán enormes recursos solo para esos problemas, mientras que la violencia crónica o endémica se considera indigna de recursos (si es que se considera un problema de salud en absoluto). Las intervenciones que se centran en problemas singulares tienden a desglosar las condiciones sociales complejas. de manera que pueden socavar los impactos. Aquí no estamos hablando de prioridades fuera de lugar, sino de cómo tratar el contexto social como una caja negra constante que impide incluir las prioridades que tienen valor.

Los académicos que utilizan los enfoques de la medicina social en salud global han notado durante mucho tiempo la interconexión entre la salud social, institucional y física. Sabemos que los efectos reales de la desigualdad en la salud son reales (Wilkinson y Pickett, 2009), y que el estrés crónico, producido por situaciones tales como el racismo, afecta los resultados de salud (Bailey et al., 2017; Becker, 2004; Briggs, 2012, 2017; Geronumis, 2013). Pensar en la economía de la atención nos ayuda a rastrear cómo lo social hace que la salud sea una consecuencia de estructuras multifactoriales, que sopesan todas las condiciones de una manera equitativa; y también que, si nos enfocamos en un único objetivo (así sea nuevo y de alta atención), es poco probable que alcancemos el afecto deseado, debido a que están involucrados múltiples aspectos sociales causales en la salud. Lograr que las personas dejen de fumar o comer alimentos ricos en calorías no necesariamente reducirá sus morbilidades, si aún viven en entornos de precariedad socioeconómica y racial. Esta visión se multiplica: la epigenética señala estas formas causales como indicadores de la manera en la que los procesos de socialización, o incluso el racismo, crean comunidades biológicas de enfermedades que se transmiten de forma intergeneracional (Lock, de próxima publicación; Niewöhner & Lock, 2018), un punto al que volveremos más adelante. Nuestro punto aquí es que las nociones de lo social que están actualmente en juego, necesitan ser revisadas para considerar que tanto situaciones tales como la desigualdad social son tan biológicas como “sociales”, como también para reconocer que lo social no se puede desagregar de la manera en las que las prioridades en atención requieren.

Los enfoques conceptuales de la medicina social promueven la necesidad de hacer visible lo que constantemente se hace invisible, a través de la forma en la que la economía de la atención generalmente exige concentrarse en solamente una cosa (y, a menudo, la más fácil, “*Low-hanging fruit*”****) (Caduff, 2015). Al ser el abordaje de la medicina social más holístico, el hecho de centrar el foco en las interconexiones entre las causas de las enfermedades y los contextos sociales, biológicos, políticos y económicos más grandes que causan daños, es de especial utilidad. Por supuesto, hay iniciativas dentro de la salud global (y su predecesora, la salud internacional) que han tratado de abordar estos aspectos, y críticas de larga data sobre la verticalización impulsada por los donantes (incluidas las críticas a los Objetivos de Desarrollo del Milenio, el “Fortalecimiento de los Sistema de Salud”, etc., y que consideran la iniciativa histórica de la OMS en la Conferencia de Alma Ata y la iniciativa de la Atención Primaria en Salud). El problema, por supuesto, es que las estructuras tienden a seguir siendo las mismas en todas estas iniciativas, con pocos intentos de revisar las metodologías, junto con una tendencia

**** Hace referencia, en términos de la actividad comercial o industrial, a tareas fáciles de realizar o problemas fáciles de resolver en una situación concreta (NT)

recurrente a mantener aspectos como “lo social” como una constante y algo dado, más que como una fuerza que dirige la realidad, tras bastidores, y a continuar con enfoques reduccionistas, en lugar de utilizar enfoques complejos para enfrentar problemas complejos e interconectados. Por ejemplo, el Proyecto Mundial de Mosquitos, financiado por la Fundación Gates, pretende eliminar las enfermedades transmitidas por el mosquito *Aedes aegypti* (tales como el Dengue y Zika), al infectar el mosquito con una bacteria, *Wolbachia*, que limita la capacidad del mosquito de transmitir virus. Se pensó que esta solución tecnológica sería algo que evitaría la necesidad de analizar los problemas sociales de saneamiento y condiciones de vida deficientes o las formas en que estos varían de un lugar a otro. Sin embargo, los investigadores pronto aprendieron que los enfoques que funcionaban bien entre los australianos de clase media funcionaban mal en las favelas brasileñas, donde las preocupaciones relacionados con altos niveles de violencia dificultaban la implementación (Löwy, 2017). De manera similar, la cobertura mediática del Zika en Brasil, que ha construido imágenes de una crisis bélica, no solo ha puesto en evidencia la violencia real en estas comunidades, sino también las desigualdades sociales y de género (Ribeiro, Hartley, Nerlich y Jaspal, 2018). Nading (2014) ofreció percepciones sobre cómo funcionaba y no funcionaba el control de mosquitos en Nicaragua, donde las suposiciones sobre las relaciones sociales que vinculan fuertemente a los humanos y a los mosquitos se subestimaban enormemente y donde las campañas para llamar la atención interpretaron mal el papel de la inestabilidad política, lo que hace incierta la reducción del riesgo de malaria. De nuevo, la forma en que la comunidad de la salud global dirigió su atención general a la promesa de un medio tecnológico (o incluso un medio de control de vectores), sin considerar impedimentos más amplios relacionados con las inquietudes sociales y complejos entornos sociales de las rutinas familiares cotidianas, sugiere la necesidad de un escrutinio más cercano de lo social y moverse más allá yendo más allá del barniz de un contexto complejo pero estático. Los esfuerzos por rastrear las evidencias que dan cuenta de lo que ha salido mal en casi todas las campañas contra la malaria, desde los albores de la salud internacional en sí misma (véase Brown, 1981), apunta nuevamente al error de asumir que lo social es una constante, en lugar de una compleja red de condiciones materiales y humanas.

Prestar atención a la forma como funciona la economía de lo importante en la salud global puede ayudar a evitar el reduccionismo que surge al ignorar las complejas relaciones de causalidad social, y al mismo tiempo recordarnos con qué frecuencia estas relaciones exceden los presupuestos que damos por sentados en relación con lo social, y que ha dominado en el siglo veinte.

Cambio climático antropogénico

El cambio climático antropogénico, también conocido como el Antropoceno, o la era de la precariedad ambiental causada por el ser humano, es posiblemente uno de los problemas de salud global más apremiantes que enfrentamos hoy. Los esfuerzos de la salud global para mapear los contornos de esta precariedad ya se están haciendo en términos de: exposiciones de la salud y riesgos de desastres ambientales; aumento de exposiciones crónicas a tóxicos; limitaciones en el acceso a los alimentos; aumento de la patogenicidad de las cepas virales; propagación aumentada y velocidad de transferencia de patógenos; e infraestructuras sanitarias deficientes para hacer frente a estos cambios. Al mismo tiempo, los programas de salud global a menudo se basan en lenguajes bien ensayados: desastres, propagación de infecciones virales, bacterianas y parasitarias; en lugar de reformular estos problemas en relación con la forma en que los especialistas en medicina social nos piden que repensemos lo que queremos decir con “lo social” en relación con el Antropoceno.

Consideremos el cáncer. Los programas de salud global se han dirigido a fuentes específicas de cáncer, al centrarse en el cambio de comportamiento individual, en parte a través de los impuestos locales sobre los carcinógenos conocidos. El cáncer relacionado con el tabaco es prominente aquí y se trata como el principal culpable del aumento de la morbilidad por cáncer; al igual que la táctica de aumentar los impuestos a las ventas de tabaco como un medio para reducir el tabaquismo (Global Health 2035). Por un lado, el enfoque en el tabaco es importante y prometedor: presta atención a las formas crónicas de morbilidad (cánceres de tabaco) y prevención (reducción del tabaquismo). Por otro lado, la insistencia de la salud global en definir el problema del cáncer de manera estrecha y en términos de comportamiento social individual reproduce los mismos callejones sin salida que hemos visto en la salud global, toda vez que el comportamiento social, como de costumbre, se trata como una cuestión de elección individual, en lugar de ser el punto final deseado por varias maquinarias del capitalismo industrial, que han aumentado la exposición a muchos químicos que causan muchas formas de cáncer. Los estudiosos del Antropoceno señalan las formas en las que las exposiciones tóxicas del aire, el agua y los alimentos forman un corpus más grande de transformación humana, que ahora no solo ha contribuido al aumento de las tasas de cáncer de todo tipo, sino que también ha puesto en riesgo al planeta (de lo que fumar y el consumo de tabaco forma solo un hilo) (Choy, 2011; Jain, 2013; Weston, 2017; Murphy nd). Esta perspectiva traslada las cuestiones de cambio de comportamiento del ámbito de la elección individual, al ámbito de la responsabilidad geopolítica global, para eliminar los productos petroquímicos y otros tóxicos en sus fuentes industriales. En este caso, lo que se llama ir más allá de las nociones de lo social, vinculadas a la elección individual, hacia una sociedad que ve el cambio climático, debido a la sobreexposición química, como un problema social geopolítico, es el esfuerzo que realmente se necesita. El reciente esfuerzo por parte de revistas como *The Lancet* para tratar los problemas del cambio climático (de hecho, ofrecen una revista completa sobre Salud Planetaria), es atractivo por su intento de capturar el alcance del problema y, sin embargo, la mayoría de las investigaciones y las recomendaciones se unen a mensajes conocidos y bien ensayados en relación con enfermedades infecciosas, desastres, etc., sin tener en cuenta los nuevos modelos de sociedad (Bizley, 2017; Landrigan, Fuller, Haines y McCarthy, 2018). Nuestra perspectiva es que debemos considerar las formas en las que estos movimientos conceptuales están siendo explorados como alteraciones fundamentales, en lugar de reiteraciones, de cómo concebimos lo social en tiempos de una desaparición planetaria prevista. Los estudiosos del Antropoceno usan el deterioro ambiental, la exposición a sustancias químicas y las relaciones con los ecosistemas como indicaciones para repensar lo que entendemos por lo social, de tal forma que distribuyen la responsabilidad más allá de lo humano, hacia los ecosistemas en su conjunto. En este movimiento, lo que constituye “lo social” se expande considerablemente. Por ejemplo, mapear la dispersión de sustancias tóxicas nos invita a pensar sobre las relaciones humano-animal-ambientales de manera que interrumpen nuestra comprensión de dónde comienza y dónde termina lo “social”, pero ciertamente siempre más allá de lo humano (Haraway, 2016; Kohn, 2013; Tsing, Swanson, Gan y Bubandt, 2017 Viveiros de Castro, 2004;). Las relaciones sociales aquí no son solo relaciones sociales humanas, sino más bien relaciones entre muchos seres ecosociales, incluidos los entornos de vida, los sistemas de plantas y bacterias, las tecnologías humanas y los animales, un enfoque que nos lleva a repensar nuestros conceptos, pero también nuestras estrategias de adaptación y supervivencia. La simbiosis (sobre el combate de suma cero), la cohabitación (sobre el desplazamiento) y la reconceptualización de los significados relacionados con el parentesco, sin mencionar la participación en una política de niveles aceptables de daño para vivir con nuestras tecnologías cargadas de productos químicos,

son herramientas conceptuales avanzadas que nos ayudan a re-imaginar la vida de manera que sea disruptiva y, a veces, restauradora.

Cuando el clima mismo funciona como actor en los modelos que usamos para pensar en la sostenibilidad, ¿qué significaría atribuir al clima, a los microbios, a los virus y las plantas la capacidad de socibilidad? Aquí llamamos a estar atentos al significado de lo social para reinventar nuestras nociones de enfermedad y malestar, pero incluso lo que cuenta como biología o “vida”, de manera que pueda generar intervenciones productivas (Paixão, Teixeira y Rodrigues, 2017; Weston, 2017). Los humanos habitan mundos que son espacios de vida compartidos, -compartidos con microbios, plantas, animales y de las infraestructuras de los que dependen para sobrevivir- que también constituyen el medio social, entonces, ¿por qué no los consideraríamos más allá de lo humano? El mapa del ecosistema abre espacios para la consideración del flujo simbiótico de virus y bacterias, como habitantes del planeta y otros pasajeros en tránsito global, en lugar de ser meros (o siempre) obstáculos para la supervivencia humana. Al mismo tiempo, el mapeo de las morbilidades en sus puntos finales lógicos en los ecosistemas, ofrece oportunidades para pensar en aspectos tales como el cáncer y las exposiciones tóxicas, como un intercambio que debe calcularse a lo largo de decisiones individuales sobre el fumar, conducir automóviles, volar en aviones, tomar probióticos para deshacer los efectos de rociar nuestros alimentos con pesticidas. Los análisis económicos y políticos clásicos relacionados con el daño y la reducción del daño frente a las exposiciones cotidianas a sustancias químicas, tienen que ir tan lejos como para remediar la situación, porque las líneas de responsabilidad deben incluir, pero también tienen que ir más lejos de las corporaciones y la industria que fabrican los productos químicos, venden el gas y combustibles para aviones. Todos/as formamos en esta forma de vida rica en tecnoquímica. Descifrar las líneas de responsabilidad para la provisión de cuidado para cuerpos mutados, para una vida con erupciones cutáneas y alergias, para muertes tempranas y diagnósticos infantiles de cáncer no es tan fácil; pero seguramente una salud global que atienda estos problemas necesita considerar cómo nuestras nociones actuales de lo social, sobre las cuales has descansado nuestros compromisos políticos hasta ahora, pueden haber sobrevivido a su utilidad para ayudarnos a superar estas dificultades hoy.

Geopolítica de “Norte” y “Sur” globales

El enfoque de la medicina social que estamos proponiendo pone en la geopolítica del “Norte” y del “Sur” en el centro del escenario para realizar una crítica juiciosa. Sin duda, el lenguaje “Norte Global/Sur Global” constituye una forma de criticar las antiguas historias coloniales de salud y desarrollo. Estas etiquetas son, en cierto sentido, intentos de “correctivos” a otros conceptos que se percibieron como problemáticos (primer y tercer mundo; desarrollado/no desarrollado o subdesarrollado). Al mismo tiempo, estas categorías pueden reproducir muchos de los problemas relacionados con suposiciones tácitas sobre lo social, que hemos visto anteriormente, y que pueden estar incorporadas en los conceptos mismos.

Por ejemplo, muchos han llamado la atención sobre la suposición arraigada de que el conocimiento sobre la salud debe provenir principalmente del Norte Global, suposiciones según las cuales la teoría proviene del Norte Global, mientras que los datos provienen de Sur Global. Las críticas de este estado de la cuestión son muy frecuentes en las instituciones de salud globales (por ejemplo, la brecha “10 / 90”) y entre los científicos sociales que han acusado repetidamente a actores poderosos en el norte de exportar modelos “occidentales” de enfermedad y tratamiento, subestimando el papel de los profesionales de las terapias tradicionales, ignorando la variabilidad cultural en la comprensión y respuesta al sufrimiento e ignorando sus causas sociales y económicas en países de bajos y medianos ingresos (ver Patel,

2014 para una crítica). La medicina social tiene una larga historia de intentos de subvertir estas jerarquías, y varias tradiciones de la medicina social se desarrollaron en el Sur Global para dar respuesta a estas tendencias: las tradiciones latinoamericanas (incluida la salud colectiva brasileña), sudafricanas e indias de la medicina social (Kark y Steuart, 1962; Porter, 2006; Susser, 1993; Victora, 2003; Vieira-da-Silva y Pinell, 2014; Waitzkin, Iriart, Estrada y Lamadrid, 2001). Muchos académicos en el Norte Global toman en serio esta tradición como fuente de inspiración para revitalizar la medicina social en sus países. Sin embargo, estos esfuerzos siguen siendo en gran medida poco conocidos o simplemente desconocidos para la comunidad más amplia de profesionales de la salud pública, y han tendido a no tener en consideración los estudios poscoloniales, como se ha sugerido en muchas ocasiones. El trabajo de Shula Marks, un análisis históricamente sensible de los intereses neocoloniales creados de larga data, que explican las fallas de la salud comunitaria en la actualidad, es una notable excepción (Marks, 1997).

Los enfoques de la medicina social de los que estamos hablando considera las distinciones categóricas (y el trabajo conceptual realizado por) entre Norte y Sur como problemáticas, porque suponen demasiado (y demasiada homogeneidad) de lo social. Primero, estas categorías tienen poco poder analítico. Históricamente, “Sur” o “tropical” se convirtió en sinónimo de pobre o descuidado, pero estas divisiones, p.e entre poblaciones privilegiadas y desatendidas, no son necesariamente geográficas. Por ejemplo, hace casi cien años, la policía brasileña explicó que el “*sertão*” (interior de un territorio) comenzada a 100 metros de la avenida central de la capital, Río (Peixoto, 1998); Hoy, las poblaciones excluidas (pobres, marginales, refugiados, migrantes) están en todas partes, mientras que las economías “intermediarias” generan sus propias redes de poder y dominación, y sus zonas de exclusión. Existen divisiones económicas dentro del Norte Global (Estados del Sur y zonas rurales en Estados Unidos, Sur de Italia, regiones del Norte de Inglaterra, Gales e Irlanda del Norte, antiguos estados soviéticos, etc.). Del mismo modo, hay grandes franjas de riqueza en el llamado Sur, sostenidas tanto por los Estados como por las personas privadas ricas, que se pasan por alto (si no completamente ignoradas) en la formulación de políticas sanitarias mundiales. La medicina social ha estado tradicionalmente atenta a las condiciones de salud de los migrantes pobres, excluidos, marginales, en el Norte Global y sigue estando igualmente bien situada para comprender las condiciones de y las soluciones a estos problemas en el llamado Sur global, pero las distinciones entre el Norte y Sur se disuelven según las características geográficas o económicas.

En segundo lugar, la noción según la cual la salud global llega desde el Norte con soluciones que deben ser “implementadas” de manera inteligente para resolver los problemas del sur, es especialmente problemática, sobre todo cuando no consideran, como presupuesto, las disparidades de recursos y riqueza que existen en los lugares donde se piensan implementar estas soluciones. Consideremos el papel que juega China en la entrega de ayuda médica, la construcción de hospitales, o el papel que ha jugado Cuba en la educación de médicos en muchos países. Estos ejemplos alteran los supuestos normativos sobre el origen del conocimiento y la estrategia a lo largo del eje Norte-Sur, lo que nos obliga a reconsiderar la utilidad de estos términos como tales, a lo largo de las líneas sociales.

Al interrogar a la medicina social sobre el trabajo conceptual que sustenta muchos programas de salud globales, que se basan en supuestos binarios Norte-Sur, ofrece otra forma de considerar la necesidad de repensar “lo social”. Si las categorías del Norte y del Sur ya no representan los órdenes y las formas de circulación de conocimiento, de recursos y salud en las formas que tradicionalmente las asumimos, tal vez sea porque las categorías en sí mismas no han sido más que marcadores de posición de aquellos que toman decisiones políticas. El Norte

y el Sur son categorías vacías que se completan con relaciones asumidas de desigualdad, raza, clase, pobreza, riqueza, etc. y las formas que asumimos para rectificar estas inequidades (por ejemplo, una mejor representación del “Sur” en las principales organizaciones como la OMS), en lugar de etiquetas para aspectos que son ambiguos, que requieren una gran cantidad de investigación etnográfica para su comprensión, y que varían de un lugar a otro. Por lo tanto, en lugar de suponer que la salud global siempre funcionará para rectificar la gran división entre el Norte y el Sur, podríamos insistir en determinar cuáles son las condiciones reales en los lugares donde se realiza la salud global, incluida la forma en que circula el conocimiento, la riqueza y la salud, cómo se constituye y experimenta la pobreza, y quién y en qué están trabajando para resolver estos problemas, si es que hay alguien. Aquí, lo social que circula en la salud global podría beneficiarse mucho del trabajo conceptual, particularmente en relación con la noción de “desigualdad social” que se da por sentada.

La tendencia en gran parte del trabajo en salud global es tratar todas las desigualdades en salud de la misma manera (y enraizadas en la desigualdad social de la misma manera) lo que ha obstaculizado el progreso, incluso de los complejos modelos integrados de intervención favorecidos por los esfuerzos de la medicina social. Por el contrario, podríamos considerar alternativas a las frecuentes tensiones dentro de la salud global entre la constelación de condiciones locales (intervenciones adaptadas a las especificidades culturales locales; las características de los sistemas locales de salud existentes; las necesidades particulares de los grupos de población dados) y los esfuerzos por “ampliar” y generalizar esas intervenciones como estrategia global. El enfoque sobre las necesidades locales versus aspectos tales como el manejo de patógenos globales por parte de la OMS, y la regulación de la seguridad alimentaria por parte de la Organización de Alimentos y Agricultura (FAO), por ejemplo, revela las complejidades de causalidad que informan sobre lo que constituye la desigualdad en salud, y estas complejidades son importantes.

La salud y las enfermedades humanas siempre toman forma local, incluso cuando nuestros modelos sobre la salud y la enfermedad se representan en espacios y epistemologías globales y locales. Recordamos la animada literatura sobre el concepto de epigenética y biología local, por ejemplo, que nos ayuda a orientarnos a estas diferencias. Los fenómenos biológicos no solo se experimentan de manera distinta en diferentes lugares, sino que también son diferentes en personas social, económica, racial o incluso religiosamente distintas; se podría argumentar también que estas diferencias son inextricables y al mismo tiempo biológicas, culturales, políticas, morales, etc., de tal forma que la noción de “lo social” es mucho más compleja de lo que suponíamos hasta ahora (Lock & Nguyen, 2010; Niewöhner & Lock, 2018). Esta representación compleja de lo social (que difumina lo biológico, cultural, político, etc.) da forma, no solo a la experiencia de la salud y la enfermedad, sino también a los contornos de las desigualdades. Las desigualdades se encuentran simultáneamente en la epigenética de cada uno y en el entorno, explotando las nociones de raza, clase y poder que han dominado las conversaciones sobre aspectos como los determinantes sociales de las desigualdades en salud. No estamos pidiendo una relativización de la noción de desigualdad, sino más bien un reconocimiento de que diferentes medidas de desigualdad podrían coexistir, superponerse y en ocasiones contradecirse. Aquí, es útil volver al trabajo conceptual realizado por los estudiosos del Antropoceno.

Sugerir que “lo local” garantiza más espacio conceptual en el trabajo de salud global no significa asumir que sabemos lo que es realmente lo local, algo que es muy problemático en un mundo globalizado. Es decir, incluso las categorías de global y local (como Norte y Sur) son problemáticas. Mientras que la globalización y la escala regional a menudo se conceptualizan como esferas discretas, la aproximación que proponemos se mueve más allá de la división

global/local, a partir de la rica teorización que se encuentra en la antropología, como es el caso de la noción de 'glocalidad' de Escobar (2001), el concepto de Tsing de 'fricción' (2005) y la noción de "ensamblaje global" de Collier y Ong (Collier y Ong, 2005), como marcos alternativos. Analizar las complejidades de las desigualdades sociales, como resultado de ensamblajes globales, por ejemplo, "enfatisa su heterogeneidad y su movimiento permanente, y rastrea sus limitaciones, a través de las 'infraestructuras técnicas', los aparatos administrativos y regímenes de valores" (Bemme & D'souza, 2014, p. 853). Los ensamblajes hacen que el rastreo de lo local y lo global sea menos importante que el hecho de que las fuerzas que se unen y retroalimentan para producir desigualdades son complejas y, a la vez, específicas para historias, geografías y prácticas sociales particulares que son locales y globales a la vez. Nuestro punto es que aprehender "lo local" en el tiempo y el espacio es problemático cuando supone ciertos aspectos como las desigualdades sociales o las desigualdades en la salud, "como algo obvio y claramente situado", en una relación dicotómica con lo global, un hábito que es recurrente cuando se tiene como puntos de referencia tanto al Norte como al Sur globales. Una vez más, si bien gran parte del trabajo de la medicina social ha tendido a ser más estructural/de orientación marxista, al tratar las desigualdades como la fuente fundamental de sufrimiento social y físico, estamos abogando por la necesidad de prestar atención a las condiciones específicas de patogénesis e intervención, reconociendo que "una talla única" no se ajusta a todo y, por lo tanto, es necesario una ruptura con el dominio de categorías esenciales y uniformes que utilizamos para comprender las "desigualdades sociales" que han formado parte los esfuerzos de la salud global. Una perspectiva renovada de lo que Escobar ha llamado un diseño pluriverso (Escobar, 2018) con su constante reflexividad en relación con la forma en la que "lo global" está en juego en todo lo "local", ofrece una visión de lo social que va mucho más allá del Norte/Sur y Global/Contornos locales en relación con las desigualdades sociales. En este sentido, también argumentaríamos que reasignar lo social de esta manera nos invita a considerar cómo la medicina social, en sí misma, ya es global en algún sentido y, por lo tanto, la salud global siempre podría estar haciendo una especie de medicina social. Nuestra preocupación es qué tipo de "lo social" está haciendo la medicina social.

Conclusión: una nota sobre la metodología

La medicina social que hemos mapeado aquí se basa en una larga tradición de evidencias, según las cuales las intervenciones de salud a menudo se basan en suposiciones erróneas sobre las causas de la enfermedad y, por lo tanto, frecuentemente conducen a soluciones ineficaces. Históricamente, la medicina social ofrecía un concepto de "lo social" que estaba en sintonía con las limitaciones de la medicina científica, pero que también se hizo rutinaria porque lo social era tratado como si fuera básicamente lo mismo en todos los lugares. Nuestro esfuerzo ha sido resistir a esta tendencia en el trabajo en salud global, resistir el uso de nociones fáciles de lo social, pero también a métodos fáciles de aprehender lo social. Hemos argumentado que, explorar algunas de las nuevas formas en que "lo social" está siendo escrutado, a través de las disciplinas de las ciencias sociales, arroja luz sobre algunas de las limitaciones que se encuentran en el trabajo cotidiano en salud global y nos señala nuevas direcciones que se deben considerar en el futuro.

Las encuestas sociales a menudo se utilizan en el trabajo en salud global para capturar los "determinantes sociales de la salud". Sin embargo, estas encuestas con frecuencia no comprenden los dispositivos subyacentes de la patogénesis, que solo pueden mapearse rastreando la mirada de actividades, relaciones y conceptos mantenidos por los miembros de la comunidad; en resumen, una noción compleja de lo social que no es asumida. Entre los métodos útiles para este trabajo se encuentran las técnicas de observación participante (de

Antropología), teoría fundamentada (de Sociología), estudios poscoloniales (de Historia), complejidad de género (de Estudios de Feministas y de Género), investigación participativa comunitaria (de Salud Pública), construccionismo social y teoría de actores red (de STS), varios enfoques narrativos para la recopilación de datos (de Humanidades Médicas) e incluso un enfoque que contempla cómo lo social puede necesitar superar al humano (en estudios de Antropoceno). Si bien estos enfoques tienen similitudes y diferencias, todos generan oportunidades para ir más allá de las nociones fáciles de lo social. Y, mientras es absurdo pensar que cualquier erudito podría ser experto en todos estos enfoques, solo utilizándolos, podríamos pensar que las actividades, desde el hallazgo de los hechos hasta la planificación e implementación de la intervención en salud global, podrían beneficiarse de la inclusión del trabajo pertenecientes a cualquiera de estos campos.

A menudo, el hecho mismo de que las metodologías de estos diversos campos de las ciencias sociales y las humanidades no son idénticas, es ignorado por los equipos de investigación en salud global que asumen que los “determinantes sociales” pueden ser vistos y estudiados de la misma forma por cualquiera con formación en ciencias sociales (y que las encuestas proporcionan un atajo para llegar a estas situaciones). Otras metodologías en salud global caen en la misma trampa, incluido el uso de métodos estadísticos y en intervenciones basadas en Estudios Aleatorios Controlados (EAC), que tienden a mantener “lo social” como constante, suponiendo que lo social opera como una especie de fondo estático en el sistema, en lugar de una fuente de información que puede ser clave tanto para la eficacia como para la crítica de las intervenciones que se lleven a cabo. Existe una literatura consolidada sobre las complicadas relaciones entre metodologías cualitativas y cuantitativas en salud global, particularmente sobre las tendencias reduccionistas que emergen de la investigación cualitativa en salud global en y alrededor de las nociones de lo social (Geissler & Kelly, 2016; Smith-Morris, 2016). Los supuestos y las enmendaduras en relación con la complejidad de lo social, en buena parte del trabajo en salud global, solo refuerzan las interpretaciones ambiguas de la metodología, consideradas como intercambiables y nos recuerdan cuán importante es dedicar tiempo y esfuerzo a descifrar de qué "social" estamos hablando en cualquier momento o lugar.

En este documento, nuestro objetivo ha sido abrir espacio para repensar el trabajo conceptual, desafiando el significado de “lo social” que a menudo se utiliza de manera no crítica en la salud global. Construyendo sobre el llamado que Holmes et al. (2014) hicieron en relación con un retorno multidisciplinario de la medicina social en salud global, llamamos la atención aquí sobre la utilización de enfoque más abierto y teóricamente informado, para la creación de conocimiento y una formación verás en relación con lo social. En este sentido, la contribución de la medicina social no está solo en cómo recolectamos datos (aunque esto también es importante) o en que tenemos muchas formas diferentes de hacerlo. Por el contrario, la contribución de la medicina social puede estar dirigida a revisar cómo pensamos acerca de los datos y la manera diferente están contruidos, según la noción de "lo social" utilizada. Hemos mapeado solo algunas nociones en este trabajo.

Notas

- (1) Este artículo nace de un taller internacional en Kings College London (financiado por Wellcome Trust y organizado por Jeremy Greene, Nikolas Rose, David Jones y Carlo Cadu ff) celebrado en mayo de 2018.
- (2) Este período podría dividirse en múltiples épocas de subconjuntos, como el período de entreguerras en el que la Sociedad de Naciones y la Fundación Rockefeller se centraron en las campañas de salud pública de erradicación vertical (Weindling, 1995; Packard, 2016), y el período de posguerra que dio lugar a varias iteraciones sociales medicina bajo la rúbrica del desarrollo sanitario internacional (incluido el aumento y la financiación de campos como la sociología médica y la antropología médica, los estudios

internacionales de desarrollo sanitario, así como elementos del movimiento Alma Ata y de atención primaria de la OMS).

- (3) Algunos otros ejemplos de programas clínicamente ubicados se encuentran en la Universidad de Harvard, la Universidad de Carolina del Norte Chapel Hill, la Universidad de Ontario, la Universidad Americana en el Líbano, la Universidad Estatal de Río de Janeiro y muchos más.
- (4) Una razón para esto, es la tendencia actual por el miedo a la política en la etiqueta: afirma que se está haciendo Medicina Social de una manera que está se considere aliada al socialismo político. Esta resaca discursiva de la Guerra Fría todavía tiene efectos más potentes en algunos países que en otros (Estados Unidos es un buen ejemplo de un país con una resaca grave). Sin embargo, puede haber otras razones. La marginación activa del conocimiento sobre lo social (en oposición a lo biológico, lo genético o lo estadístico) en muchos campos de la ciencia es otra posible razón. Las becas en lo social a menudo se establecen en contra (como si ni siquiera lo fuera) de la ciencia, por lo tanto, carece de algún tipo de credibilidad, tanto en las ciencias de la salud como en las políticas de salud (discutiremos más sobre el tema de lo social a continuación). Las tendencias académicas más amplias que han hecho que los "viejos" campos de investigación e intervención parezcan obsoletos e inútiles. Esta tendencia particular, decididamente neoliberal, ha obligado a los departamentos académicos a dividirse y aislarse bajo la tiranía de las demandas de innovación: hacer que su campo parezca nuevo y diferente dándole un nombre nuevo o más refinado, o fusionándolo con otros campos, más bien que simplemente seguir con las viejas rúbricas (incluso si lo que se ha hecho antes en estos campos todavía funciona). Por lo tanto, la medicina social puede ser víctima de movimientos políticos económicos que tienen poco que ver con los cambios en los compromisos de los académicos, intelectual o prácticamente.
- (5) El giro hacia la Salud Global fue una consecuencia compleja de la crisis de la OMS de los 80, el surgimiento de políticas neoliberales, la creciente influencia de donantes privados y asociaciones público-privadas, y un nuevo enfoque en las enfermedades emergentes, sobre todo el SIDA, y soluciones tecnológicas a las crisis de salud (Birn, 2009; Brandt, 2013; Brown et al., 2006; Fassin, 2012; King, 2002). Este giro borró las tensiones anteriores entre los defensores de la atención primaria de salud, fuertemente defendida en la década de 1970 por los directores de la OMS Halfdan Mahler, a su variante mucho más restrictiva, la salud primaria selectiva. Mientras que los defensores de la atención primaria de salud enfatizaron la importancia de los determinantes no médicos de la salud, los defensores de la atención primaria de salud selectiva y más tarde del acceso a los medicamentos esenciales y la atención médica universal, especialmente en su versión "minimalista", evitaban problemas como la desigualdad, la violencia o la discriminación y acentuaban el acceso a las estructuras y medicamentos de atención médica (Cueto, 2004; Greene, 2011).
- (6) Comisión de la OMS sobre los determinantes sociales de la salud. Reporte final. 2008 http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43943/9789241563703_eng.pdf;jsessionid=810A3B28E546EAE9E42C2F29CAAB47B8?Secuencia=1.
- (7) Nos inspiramos en parte por la iniciativa de Hacking (2000) en *The Social Construction of What?*
- (8) Global Health 2035: <http://dcp3.org/sites/default/files/resources/Global%20Health%202035%20Report.pdf>.
- (9) Esto no quiere decir que el estado-nación haya perdido toda visibilidad. De hecho, se podría argumentar que, con el surgimiento de los nacionalismos de derecha, hay una mayor presencia de un estado nación amenazante de lo que hemos visto en casi un siglo. Sin embargo, señalamos aquí la disminución generalizada de los compromisos nacionales con la atención de la salud en muchas regiones del mundo.
- (10) De hecho, algunos estados a menudo han abusado del poder en nombre de la salud. Las campañas de esterilización respaldadas por el estado, promovidas como una "solución" para el "problema" aparentemente evidente de la "sobrepoblación" son solo un ejemplo. La preocupación por la "sobrepoblación" demuestra cuán problemático es dar por sentado la comprensión de lo social. Lo que constituye lo social a los ojos del estado es en sí mismo un objeto de contestación.

Referencias

- Adams, V. (2013a). Evidence-based global public health: Subjects, profits, erasures. In J. Beihl & A. Petryna (Eds.), *When people come first: Anthropology and social innovation in the field of global health* (pp. 54–90). Princeton: Princeton University Press.

- Adams, V. (2013b). *Markets of sorrow, labors of faith: New Orleans in the wake of Katrina*. Durham: Duke University Press.
- Adams, V. (Ed.). (2016). *Metrics: What counts in global health*. Durham: Duke University Press.
- Aggleton, P., & Parker, R. (2015). Moving beyond biomedicalization in the HIV response: Implications for community involvement and community leadership among men who have sex with men and transgender people. *American Journal of Public Health*, 105(8), 1552–1558. doi:10.2105/AJPH.2015.302614.
- Anderson, W. (2014). Making global health history: The postcolonial worldliness of biomedicine. *Social History of Medicine*, 27(2), 372–384.
- Bailey, Z. D., Krieger, N., Agénor, M., Graves, J., Linos, N., & Bassett, M. T. (2017). Structural racism and health inequities in the USA: Evidence and interventions. *The Lancet*, 389, 1453–1463.
- Becker, G. (2004). Deadly inequality in the health care “safety net”: uninsured ethnic minorities’ struggle to live with life-threatening illness. *Medical Anthropology Quarterly*, 18(2), 258–275. doi:10.1525/maq.2004.18.2.258.
- Bell, K. (2018). Whatever happened to the ‘social’ science in social science & medicine? On golden anniversaries and gold standards. *Social Science and Medicine*. doi:10.1016/j.socscimed.2018.04.009.
- Bemme, D., & D’souza, N. A. (2014). Global mental health and its discontents: An inquiry into the making of global and local scale. *Transcultural Psychiatry*, 51(6), 850–874.
- Béhague, D., Tawiah, C., Rosato, M., Some, T., & Morrison, J. (2009). Evidence-based policy-making: The implications of globally-applicable research for context-specific problem-solving in developing countries. *Social Science & Medicine*, 69(10), 1539–1546.
- Birn, A. E. (2009). The stages of international (global) health: Histories of success or success of history. *Global Public Health*, 4(1), 50–68.
- Biruk, C. (2018). *Cooking data: Culture and politics in an African research world*. Durham: Duke University Press.
- Bizley, R. (2017). A sixth extinction? Why planetary health matters. *The Lancet Planetary Health*, Editorial. 1(Issue 5), 163. doi:10.1016/S2542-5196(17)30083-9.
- Brandt, A. (2013). How AIDS invented global health. *New England Journal of Medicine*, 368(23), 2149–2152.
- Briggs, L. (2012). *Somebody’s Children: The politics of transnational and transracial adoption*. Durham: Duke University Press.
- Briggs, L. (2017). *How all politics became reproductive politics: From welfare reform to foreclosure to Trump*. Oakland, CA: University of California Press.
- Brown, R. (1981). *Rockafellar medicine men: Medicine and capitalism in America*. Berkeley: University of California Press.
- Brown, T., Cueto, M., & Fee, E. (2006). The world health organization and the transition from “intentional” to “global” public health. *American Journal of Public Health*, 96(1), 62–72.
- Buse, K., & Walt, G. (2009). The World Health Organization and global public-private health partnerships: In search of ‘good’ global health governance. In N. Yeates & C. Holden (Eds.), *The global social policy reader* (pp. 195–216). Bristol: Policy Press.
- Caduff, C. (2015). *The pandemic perhaps. Dramatic events in a public culture of danger*. Berkeley: University of California Press.
- Choy, T. (2011). *Ecologies of comparison: An ethnography of endangerment in Hong Kong*. Durham: Duke University Press.
- Collier, S. J., & Ong, A. (2005). Global assemblages, anthropological problems. In S. Collier, & A. Ong (Eds.), *Global assemblages: Technology, politics, and ethics as anthropological problems* (pp. 3–21). Malden, MA: Wiley-Blackwell.
- Crane, J. (2013). *Scrambling for Africa: AIDS, expertise and the rise of American global health science*. Ithaca: Cornell University Press.
- Cueto, M. (2004). The origins of primary health care and selective primary health care. *American Journal of Public Health*, 94(11), 1864–1874.
- Cueto, M. (2013). Malaria and global health at the turn of the 21st century: A return to the “magic bullet” approach? In J. Biehl, & A. Petryna (Eds.), *When people come first: Evidence, Actuality, and theory in global health* (pp. 10–30). Princeton: Princeton University Press.
- Das, V. (2003). Technologies of self: Poverty and health in an Urban setting. In R. Vasudevan, et al. (Ed.), *Sarai Reader 2003: Shaping technologies* (pp. 95–102). New Delhi: Sarai.
- De Leon, J. (2015). *The land of open graves: Living and dying on the migrant trail*. Berkeley: University of California Press.
- Dilger, H., & Mattes, D. (2018). Im/mobilities and dis/connectivities in medical globalisation: How global is global health? *Global Public Health*, 13(3), 265–275. doi:10.1080/17441692.2017.1414285
- Dumit, J. (2012). *Drugs for life: How pharmaceutical companies define our health*. Durham: Duke University Press.

- Erikson, S. (2016). Metrics and market logics of global health. In V. Adams (Ed.), *Metrics: What counts in global health* (pp. 147–162). Durham, NC: Duke University Press.
- Escobar, A. (2001). Culture sits in places: Reflections on globalism and subaltern strategies of localization. *Political Geography*, 20(2), 139–174.
- Escobar, A. (2018). *Designs for the pluriverse: Radical interdependence, autonomy, and the making of worlds*. Durham: Duke University Press.
- Fassin, D. (2012). The obscure object of global health. In M. Inhorn, & E. Wentzell (Eds.), *Medical anthropology at the intersections: History, activism and futures* (pp. 95–115). Durham: Duke University Press.
- Ferguson, J. (2010). The uses of neoliberalism *antipode*, 41, 166–184. doi:10.1111/j.1467-8330.2009.00721.x.
- Foucault, M. (2000). *The birth of social medicine*. In *Power: The essential works of Michel Foucault 1954-1984*. Volume Two (134–156). London: Allen Lane.
- Foucault, M. (2004). The crisis of medicine or the crisis of antimedicine? *Foucault Studies*, 1, 5–19.
- Foucault, M. (2012). The incorporation of the hospital into modern technology. In E. Knowlton Jr., W. J. King, & S. Elden (Trans.), *Space, knowledge and power: Foucault and Geography* (pp. 141–151). London: Ashgate Publishing Limited.
- Gaudilliere, J.-P. (2014). De la santé publique internationale à la santé globale. L’OMS, la Banque mondiale et le gouvernement des thérapies chimiques. In D. Pestre (Ed.), *Le gouvernement des technosciences Gouverner le progrès et ses dégâts depuis 1945* (pp. 65–96). Paris: Le Decouverte.
- Geissler, P. W. (2015). Introduction: A life science in its African para-state. In P. W. Geissler (Ed.), *Para-States and medical science: Making African global health* (pp. 1–44). Durham: Duke University Press.
- Geissler, P. W., & Kelly, A. (2016). Field station as stage: Re-enacting scientific work and life in Amani, Tanzania. *Social Studies of Science*, 46(6). doi:10.1177/0306312716650045.
- Geissler, P. W., & Molyneux, C. (eds.). (2017). *Evidence, ethos and experiment: The anthropology and history of medical research in Africa*. Durham: Duke University Press.
- Geronumis, A. (2013). Deep integration: Letting the epigenome out of the bottle without losing sight of the structural origins of population health. *American Journal of Public Health*, Supplement 1, 103(S1), S56–S63.
- Gofin, J. (2006). On ‘a practice of social medicine’ by Sidney and Emily Kark. *Social Medicine*, 1(2), 107–115.
- Greene, J. (2011). Making medicines essential: The emergent centrality of pharmaceuticals in global health. *BioSocieties*, 6(1), 10–33.
- Hacking, I. (2000). *The social construction of what?* Cambridge: Harvard University Press.
- Haraway, D. J. (2016). *Staying with the trouble: Making Kin in the Chthulucene*. Durham: Duke University Press.
- Hayden, C. (2003). *When nature goes public: The making and unmaking of bioprospecting in Mexico*. Princeton: Princeton University Press.
- Hodges, S. (2012). The global menace. *Social History of Medicine*, 25(3), 719–728.
- Holmes, S. M., Greene, J. A., & Stonington, S. D. (2014). Locating global health in social medicine. *Global Public Health*, 9(5), 475–480. doi:10.1080/17441692.2014.897361.
- Horton, R. (2018a). Offline: NCDs, WHO, and the neoliberal utopia. *Lancet*, 391, 2402. June 16. Horton, R. (2018b). Offline: Defending the left hand of the state. *Lancet*, 391, 2484. June 23.
- Jain, L. (2013). *How cancer becomes us*. Berkeley: University of California Press.
- Jamison, D. T., Summers, L. H., Alleyne, G., Arrow, K. J., Berkley, S., Binagwaho, A., ... Ghosh, G. (2013). Global health 2035: A world converging within a generation. *The Lancet*, 382(9908), 1898–1955.
- Jones, D. S., Greene, J., Duffin, J., & Warner, J. H. (2014). Making the case for history in medical education. *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*. doi:10.1093/jhmas/jru026.
- Kark, S. L., & Steuart, G. (Eds.). (1962). *A practice of social medicine*. Edinburgh: E & S Livingstone.
- Kelly, A., & McGoey, L. (2018). Facts, power and global evidence: A new empire of truth. *Economy and Society* Special Issue of *Economy and Society*, 47(1), 1–26. doi:10.1080/03085147.2018.1457261.
- King, N. (2002). Security, disease, commerce: Ideologies of postcolonial global health. *Social Studies of Science*, 32(5-6), 763–789.
- Kohn, E. (2013). *How forests think*. Berkeley: University of California Press.
- Landrigan, P., Fuller, R., Haines, A., & McCarthy, N. W. G. (2018). Pollution prevention and climate change mitigation: Measuring the health benefits of comprehensive interventions. *The Lancet*, *Planetary Health*, Comment, 2 (Dec), e515–e516.
- Lock, M. (forthcoming). Toxic environments and the embedded psyche. *Medical Anthropology Quarterly*. special issue on *The Global Psyche*.
- Lock, M., & Nguyen, V.-K. (2010). *An anthropology of biomedicine*. Hoboken, NJ: Wiley-Blackwell Publishers.
- Löwy, I. (2017). Leaking containers: Success and failure in controlling the mosquito *Aedes aegypti* in Brazil. *American Journal of Public Health*, 107(4), 517–524.

- Marglin, F. A. (1990). Smallpox in two systems of knowledge. In F. A. Marglin & S. A. Marglin (Eds.), *Dominating knowledge: Development culture and resistance* (pp. 102–144). Oxford: Oxford University Press.
- Marks, S. (1997). South Africa's early experiment in social medicine: Its pioneers and politics. *American Journal of Public Health*, 87(3), 452–459.
- McGoey, L. (2015). *No such thing as a free gift: The gates foundation and the price of philanthropy*. London: Verso.
- Metzl, J., & Hansen, H. (2014). Structural competency: Theorizing a new medical engagement with stigma and inequality. *Social Science & Medicine*, 103, 126–133. doi:10.1016/j.socscimed.2013.06.032.
- Murphy, M. (2017). *The economization of life*. Durham and London: Duke University Press.
- Murphy, M. (n.d.). *Reimagining chemicals with and against technoscience*. Paper presented to the Department of Anthropology, History and Social Medicine, UCSF, 2017.
- Nading, A. (2014). *Mosquito trails: Ecology, health and the politics of entanglement*. Berkeley: University of California Press.
- Nguyen, V.-K. (2010). *The Republic of Therapy: Triage and sovereignty in West Africa's time of AIDS*. Durham: Duke University Press.
- Niewöhner, J., & Lock, M. (2018). Situating local biologies: Anthropological perspectives on environment/human entanglements. *BioSocieties*. doi:10.1057/s41292-017-0089-5.
- Ollila, E. (2005). Global health priorities—priorities of the wealthy? *Globalization and Health*, 1(1), 6. Ong, A. (2006). *Neoliberalism as exception. Mutations in citizenship and sovereignty*. Durham and London: Duke University Press.
- Ortega, F. (2014). *Corporeality, medical technologies and contemporary culture*. New York: Routledge.
- Packard, R. (2016). *A history of global health: Interventions into the lives of other people*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Paixão, E., Teixeira, M. G., & Rodrigues, L. C. (2017). Zika, chikungunya and dengue: The causes and threats of new and reemerging arboviral diseases. *BMJ Global Health*, 3, e000530. doi:10.1136/bmjgh-2017-000530.
- Patel, V. (2014). Why mental health matters to global health. *Transcultural Psychiatry*, 51, 777–789.
- Peixoto, A. (1998). *Defesa Sanitaria do Brasil, Rio de Janeiro, Typografia Revista dos Tribunais, 1922*, in Gilberto Hochman, *O Era de Sanamento*. Rio de Janeiro, Editora Hucitec. 70.
- Peterson, K. (2014). *Speculative markets: Drug circuits and derivative life in Nigeria*. Durham: Duke University Press.
- Petryna, A. (2009). *When experiments travel: Clinical trials and the global search for human subjects*. Princeton: Princeton University Press.
- Porter, D. (2006). How did social medicine evolve, and where is it heading? *PLoS Medicine*, 3(10), e399. doi:10.1371/journal.pmed.0030399.
- Ribeiro, B., Hartley, S., Nerlich, B., & Jaspal, R. (2018). Media over age of the Zika crisis in Brazil: The construction of a 'war' frame that masked social and gender inequalities. *Social Science & Medicine*, 200, 137–144.
- Rose, N. (2007). *The politics of life itself: Biomedicine, power, and subjectivity in the twenty-first century*. Princeton: Princeton University Press.
- Rose, N., & Novas, C. (2005). Biological citizenship. In A. Ong, & S. J. Collier (Eds.), *Global assemblages: Technology, politics, and ethics as Anthropological problems* (pp. 439–463). Oxford: Blackwell Publishing.
- Schrecker, T. (2018). The state and global health. In *The Oxford handbook of global health politics*. Oxford University Press. Retrieved from <http://www.oxfordhandbooks.com/view/10.1093/oxfordhb/9780190456818.001.0001/oxfordhb-9780190456818-e-18>.
- Schuller, M. (2016). *Humanitarian aftershocks in Haiti*. New Brunswick: Rutgers University Press.
- Smith-Morris, C. (2016). When numbers and stories Collide: RCTs and the search for ethnographic fidelity in the veterans administration. In V. Adams (Ed.), *Metrics: What counts in global health* (pp. 181–202). Durham, NC: Duke University Press, Global Health Series.
- Sobo, E. J. (2016). What is herd immunity, and how does it relate to pediatric uptake? US parent perspectives. *Social Science & Medicine*, 165, 187–195. doi:10.1016/j.socscimed.2016.06.015.
- Stonington, S. D., Holmes, S. M., Hansen, H., Greene, J. A., Wailoo, K. A., Malina, D.,... Marmot, M. G. (2018). Case studies in social medicine—attending to structural forces in clinical practice. *New England Journal of Medicine*, 379 (20), 1958–1961. nejm.org November 15.
- Stonington, S., & Holmes, S. M. (Eds.) (2006). *Social medicine in the twenty-first century*. Public Library of Science Medicine, 3(20), e455.
- Storeng, K. T., & Béhague, D. P. (2014). 'Playing the numbers game': Evidence-based advocacy and the Technocratic narrowing of the safe motherhood initiative. *Medical Anthropology Quarterly*, 28(2), 260–279.

- Susser, M. (1993). A South African odyssey in community health: A memoir of the impact of the teachings of Sidney Kark. *American Journal of Public Health*, 83(7), 1039–1042.
- Tichenor, M. (2016). The power of data: Global health citizenship and the senegalese data retention strike. In V. Adams (Ed.), *Metrics: What counts in global health*. *Critical Global Health* (pp. 105–124). Durham, NC: Duke University Press.
- Ticktin, M. (2011). *Casualties of care: Immigration and the politics of humanitarianism in France*. Berkeley: University of California Press.
- Tsing, A. L. (2005). *Friction: An ethnography of global connection*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Tsing, A., Swanson, H., Gan, E., & Bubandt, N. (Eds.). (2017). *Arts of living on a damaged planet*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Van der Geest, S., & Whyte, S. R. (Eds.). (1988). *The context of medicines in developing countries: studies in pharmaceutical anthropology*. Dordrecht: Kluwer.
- Vaughan, M. (1991). *Curing their ills: Colonial power and African illness*. Stanford: Stanford University Press.
- Victoria, C. G. (2003). Latin American social medicine. *American Journal of Public Health*, 93, 1987. Vidal, F., & Ortega, F. (2017). *Being brains: Making the cerebral subject*. New York: Fordham University Press.
- Vieira-da-Silva, L. M., & Pinell, P. (2014). The genesis of collective health in Brazil. *Sociology of Health & Illness*, 36(3), 432–446.
- Virchow, R. (1849). Communications about the typhus epidemic in Upper Silesia. *Archiv für Pathologische Anatomie und Physiologie und für Klinische Medicin*, 2, 143–167.
- Viveiros de Castro, E. (2004). Exchanging perspectives: The transformation of objects into subjects in Amerindian ontologies. *Common Knowledge*, 10(3), 463–484.
- Waitzkin, H. (1991). *The politics of medical encounters: How patients and doctors deal with social problems*. New Haven: Yale University Press.
- Waitzkin, H., Iriart, C., Estrada, A., & Lamadrid, S. (2001). Social medicine then and now: Lessons from Latin America. *American Journal of Public Health*, 91(10), 1592–1601.
- Weindling, P. (1995). *International health organizations and movements, 1918-1939*. Oxford: Oxford University Press.
- Weston, K. (2017). *Animate planet. Making visceral sense of living in a high-tech ecologically damaged world*. Durham: Duke University Press.
- WHO Commission on the Social Determinants of Health Report. (2008). *Closing the gap in a generation*. Geneva: World Health Organization. Retrieved from https://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/
- Whyte, S. R., Van Der Geest, S., & Hardon, A. (2003). *The anthropology of pharmaceuticals*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Wilkinson, R. G., & Pickett, K. (2009). *The spirit level: Why more equal societies almost always do better*. New York and London: Allen Lane.