

Serie Desarrollo de Recursos Humanos No. 92

DEBATES

en

MEDICINA SOCIAL



FRANCO • NUNES • BREILH • LAURELL

OPS • ALAMES

DEBATES EN MEDICINA SOCIAL

FRANCO - NUNES - BREILH - LAURELL

OPS - ALAMES

CORPORACION MYL

Manuel Mejía Dalmau

PRESIDENTE EJECUTIVO

Carmen de Moya

GERENTE GENERAL NON PLUS ULTRA

Primera edición
IMPRENTA NON PLUS ULTRA
1991

DEBATES EN MEDICINA SOCIAL
Organización Panamericana de
la Salud - Alames, 1991

Impreso y hecho en el Ecuador
Dirección y Supervisión Editorial: CEAS
Dep. Diseño Gráfico Non Plus Ultra
Diagramación cubierta: Rocío Recalde C.
Ilustración cubierta: Chalco Jorge
"Suburbio Rojo" Guquil. 1983

IMPRESO EN: NON PLUS ULTRA
Pasaje San Pedro 147 y Rumipamba
Telef.: 541-603 QUITO - ECUADOR

ISBN: 9978 - 82 - 155 - 4 Colección
ISBN: 9978 - 82 - 155 - 4 (Nº 92)

DERECHOS A LA PRIMERA EDICION:
IMPRENTA NON PLUS ULTRA, 1991, OB



ceas

centro de estudios y asesoría en salud

DIRECCION POSTAL:
Calle Roca 549 Dpto. 602
Quito - Ecuador

Tel. Cod. Int. 5932
No. 562-674
243-039
246-514

Quito, 20 de Octubre de 1991


Estimado compañero (a):

El **Centro de Estudios y Asesoría en Salud (CEAS)** del Ecuador agradece al Departamento de Recursos Humanos de la **Organización Panamericana de La Salud** y a la **Asociación Latinoamericana de Medicina Social**, por habernos confiado la dirección y supervisión editorial para la publicación del trabajo **Debates en Medicina Social**. Esta obra corresponde al número noventa y dos de la Serie Desarrollo de Recursos Humanos de la OPS y contiene, a no dudarlo, otra valiosa reflexión acerca de la historia, estado actual y perspectiva futura de la "Medicina Social" o "Salud Colectiva" en América Latina.

Nuestro Centro, al hacer llegar a usted (es) esta trascendental publicación, aspira a que sus contenidos logren uno de los objetivos primordiales señalados por los autores, esto es, que ayuden a quienes están vinculados o entregados a la Salud Colectiva, pero también a todos aquellos que se empeñan en seguir de cerca los adelantos en las disciplinas sociales, a tener una visión objetiva de este campo en construcción, lleno de estimulantes aportes y de efervescentes debates, cuyo desarrollo, lógicamente, como conviene al futuro de cualquier campo multidisciplinar, debe mantenerse en el más alto nivel. La contribución que cada compañero pueda hacer en este campo será favorecida, estamos convencidos de ello, por el papel orientador que tiene esta obra.

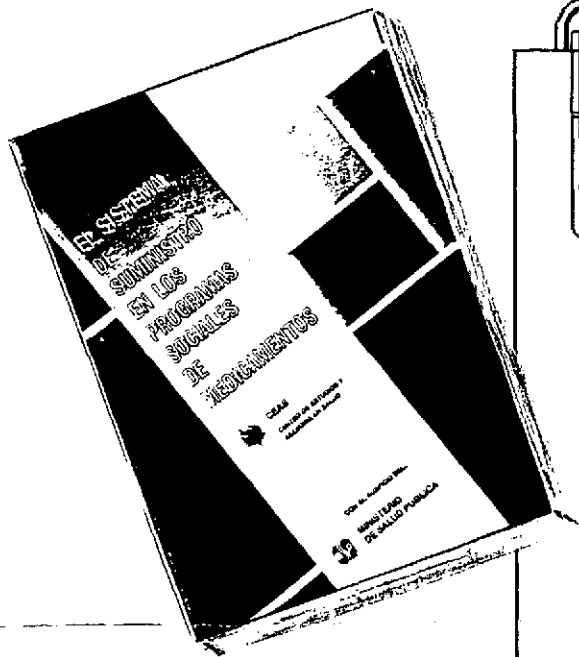
Invitamos pues a leerla con atención y pensarla quizás como una propuesta a ser enriquecida con tu opinión. **Ediciones CEAS** quisiera en tal sentido arrimar el hombro con los gestores de la iniciativa que hoy se concreta en este libro, y contribuir al desarrollo del esfuerzo sistematizador desplegado por los autores, ofreciendo su modesto contingente para receptor y canalizar los puntos de vista, las críticas, las correcciones y, en fin, todas las respuestas que la obra genere, en pos de su perfeccionamiento futuro.

Nuestra dirección y FAX es:


Arturo Campaña
Ediciones CEAS
Calle Roca 549 Dpto. 602
Quito-Ecuador

Fax: 5932-566714

¡ ULTIMAS PUBLICACIONES ... !



EL SISTEMA DE SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS EN LAS PRINCIPALES INSTITUCIONES Y PROGRAMAS DE SALUD DEL PAIS

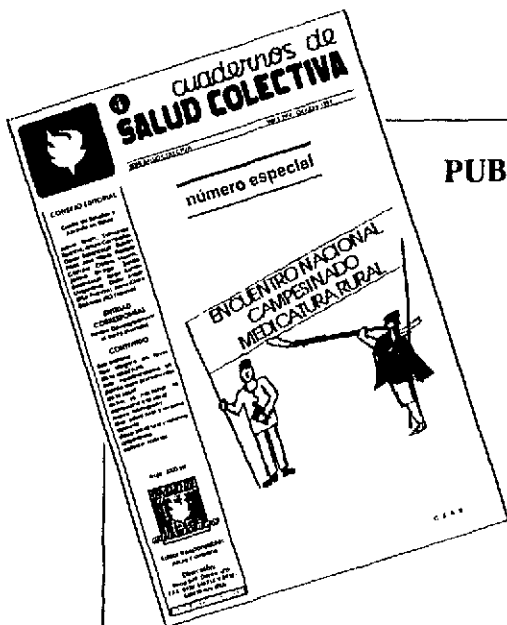
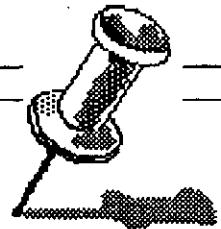
Dar cuenta de la forma que asume el sistema de suministro, constituye el objeto problema sobre el cual gira el trabajo de investigación, sin embargo, con el fin de comprenderlo como un sistema operativo integral, se ha unido a la descripción de sus elementos constitutivos, el análisis de sus determinaciones inmediatas.

Dos son los niveles fundamentales que el estudio plantea para el análisis del suministro de medicamentos: Un nivel estatal general, a partir del cual se generan los determinantes políticos, jurídicos y financieros del comportamiento farmacéutico nacional y un nivel institucional de gestión administrativa y ejecución operativa de las políticas nacionales traducidas en programas sociales.

Además, con la finalidad de romper con las limitaciones de algunos esquemas inflexibles, tradicionalmente utilizados en el análisis del proceso de suministro de medicamentos, el texto incorpora al estudio de los elementos teórico-explicativos, técnicos, operativos y farmacoterapéuticos, el análisis de la prescripción, adquisición, utilización y grados de satisfacción de las necesidades farmacéuticas de los usuarios, a partir de una investigación de sondeo de opinión. (325 pp)

Precio: Ecuador S/. 5.000 Exterior US \$ 7

PUBLICACIONES PERIODICAS DEL CEAS



CUADERNOS DE SALUD COLECTIVA

- Avances en Medicina Social
- Patrones de trabajo/consumo y salud
- Determinaciones de la salud enfermedad
- Relaciones entre clínica y salud colectiva
- Proyecciones prácticas
- Resúmenes bibliográficos
- Entrevistas
- Reportajes

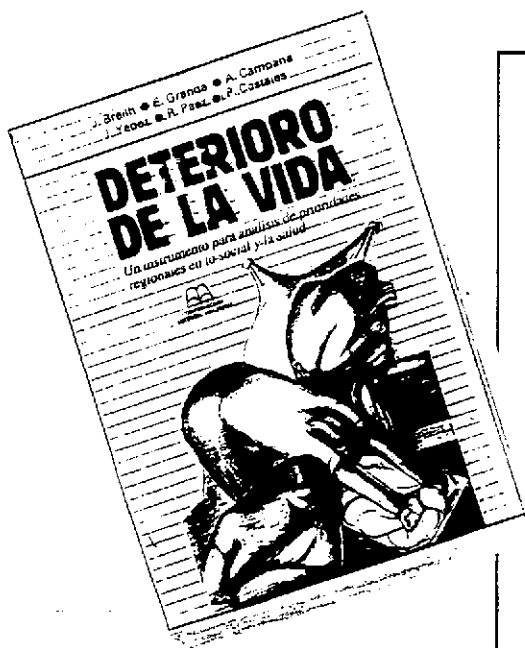
CUADERNOS DE SALUD DE LA MUJER

- Condiciones de vida y salud de la mujer
- Especificidad genérica
- Condición biológica
- Trabajo femenino
- Doble jornada y salud

Precio Suscripción: Ecuador S/. 3.000 Exterior US \$ 6



¡ ULTIMAS PUBLICACIONES ... !

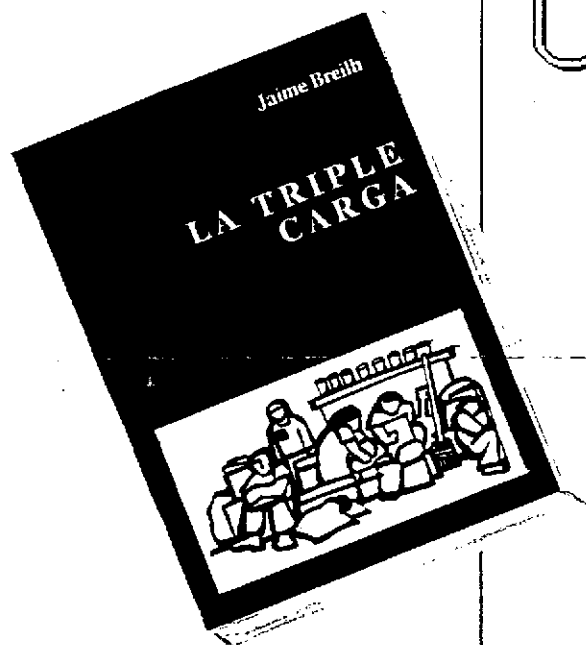


DETERIORO DE LA VIDA: Un Instrumento para análisis de Prioridades Regionales en lo Social y la Salud

El Deterioro de la Vida de las poblaciones latinoamericanas es un signo distintivo de la crisis económico social contemporánea. De allí la importancia de este libro, que es un serio aporte a la defensa de las condiciones de reproducción social, con un pensamiento innovador y líneas de planeación más creativas e informadas.

Presenta de modo inédito, una interpretación distinta de la producción y distribución de la enfermedad, integrando en el análisis criterios económico sociales, geocológicos y biológicos. Para ello estudia la composición social de las distintas regiones y subregiones, observando las condiciones de trabajo y de consumo familiar, y vinculándolas al análisis de los efectos terminales en la salud. Dirigida a trabajadores de la salud, planificadores, científicos sociales, etc., esta obra es un importante instrumento de consulta e información para el análisis y formulación de prioridades regionales en lo social y la salud, y en donde los espacios y recursos para la acción no surgen solo del marco institucional, sino que tienen en cuenta las potencialidades de una participación popular organizada. (510 pp)

Precio: Ecuador S/. 17.000 Exterior US \$ 20



LA TRIPLE CARGA: Deterioro Prematuro de la Mujer en el Neoliberalismo

Asume el reto de contribuir al esclarecimiento de los conceptos y categorías necesarios para la investigación de los problemas del trabajo femenino, de la vida social de la mujer, sobre todo en lo que hace referencia al conocimiento de las determinaciones sociales de la calidad de vida y la salud femeninas, como un aporte para la formulación de políticas auténticas en el campo social y sanitario. En lo general, la obra comienza por ubicar la lucha de la mujer en la construcción de un nuevo ser humano, en la coyuntura adversa y regresiva del neoliberalismo. Aborda la discusión conceptual de categorías como "sexo", "género" y "clase", así como el análisis de los procesos de la reproducción social, y del trabajo insertado y doméstico específicamente, que determinan el desarrollo biológico del fenotipo femenino y el deterioro del mismo.

La Triple carga es una obra polémica y suscitadora, que parte en su ciclo del conocimiento científico y termina en la formulación de propuestas alternativas para lo social y la salud, constituyéndose en un aporte más de la línea de producción del CEAS.

Es un libro escrito con apasionamiento por la defensa de la mujer. "Más allá de la identificación del autor -un hombre de ciencia- con una visión igualitaria de la sociedad y del anhelo por un mundo más justo, está la honda convicción de que una parte decisiva de la utopía de un mundo mejor será la vigencia plena de las capacidades postergadas de la mujer. Cuando ese mundo advenga se hará totalmente visible la enorme magnitud del error más grande de la sociedad machista y patriarcal: el haber confundido diversidad biológica con inferioridad natural y haber colocado entre paréntesis el potencial particular con que la mujer aporta, y aportará aún más, a nuestra profunda liberación" (92 pp)

Precio: Ecuador S/. 4.000 Exterior US \$ 4

Serie Desarrollo de Recursos Humanos No. 92

DEBATES EN MEDICINA SOCIAL

Franco - Nunes - Breilh - Laurell

OPS-ALAMES



ORGANIZACION PANAMERICANA
DE LA SALUD



ASOCIACION LATINOAMERICANA
DE MEDICINA SOCIAL

AUTORES:

- Presentación:** Saúl Franco y Everardo Nunes
- Capítulo I:** Everardo Duarte
- Capítulo II:** Jaime Breilh
Edmundo Granda
José Yépez
Patricia Costales
- Capítulo III:** Cristina Laurell

Ficha de Catalogación

Debates en medicina social/Saúl Franco, Everardo Nunes, Everardo Duarte, Jaime Breilh, Edmundo Granda, José Yépez, Patricia Costales y Cristina Laurell. Quito: Organización Panamericana de la Salud, 1991.

350p; diagrs; cuads; bibliog. (Serie recursos Humanos, 92)

< EPIDEMIOLOGIA > < EPIDEMIOLOGIA CRÍTICA >
< MEDICINA SOCIAL-SALUD COLECTIVA >
< SALUD PUBLICA > < SALUD OCUPACIONAL >
< HISTORIA > < EPISTEMOLOGIA > < SABER,
ESTADO Y SALUD >

INDICE

PRESENTACION	7
Saúl Franco y Everardo Duarte	
CAPITULO I	
TRAYECTORIA DE LA MEDICINA SOCIAL EN AMERICA LATINA: ELEMENTOS PARA SU CONFIGURACION	17
Everardo Duarte	
Introducción	21
Los orígenes latinoamericanos	24
La medicina social como práctica pedagógica	26
La incorporación de lo social a nivel de los cursos de pregrado	35
Las ciencias sociales y la medicina social en los cursos de posgrado	48
La medicina social como práctica teórica: La producción científica	
Introducción a los estudios sobre producción científica	58
Análisis cuantitativo de la producción científica	62
Análisis temático de la producción científica	64
Perspectivas en la investigación en ciencias sociales en salud	79
Las prácticas sociales	90
La evolución de los servicios estatales de salud	90
Los años 50-70	97
La crisis de los años 80	101
Los movimientos sociales	102
Procesos organizativos internos	106
Reflexiones finales	108
Bibliografía.	115

CAPITULO II**COMPONENTE DE METODOLOGIA: LA CONSTRUCCION DEL PENSAMIENTO EN MEDICINA SOCIAL. 138****Jaime Breilh**

Consideraciones preliminares	140
Las luchas del contexto como referente histórico	141
Breves anotaciones sobre los problemas en la investigación de la práctica y el saber (E. Granda)	146

La epidemiología (crítica) latinoamericana: análisis general del estado del arte, los debates y desafíos actuales	164
Aportaciones centrales del movimiento latinoamericano	164
Relación con el sujeto popular: una politicidad replanteada	168
Nueva construcción del objeto epidemiológico y la subsunción de la lógica formal.	174
Primeras aportaciones críticas y metodológicas. Consolidación instrumental, diversificación de los objetos y multiplicación docente	176
Epidemiología del consumo	179
Epidemiología laboral	183
Epidemiología geográfica o del territorio	186
Epidemiología del poder, la conciencia y la organización	189
Epidemiología histórica	194
Discusión sobre algunas propuestas latinoamericanas	197
Breves elementos autocríticos	198
Categorías básicas para este análisis	200
Determinación y mediación	200
Reproducción social	205
Las propuestas de Xochimilco y del CEAS	208
Reflexiones críticas	209
Problemas instrumentales	212
Otras propuestas latinoamericanas	213
El método empleado para el análisis de la producción latinoamericana y descripción general (J. Yépez y P. Costales)	216
Método para el análisis	216
Fuentes y criterios para la selección de los trabajos	218

Procedencia, formas organizativas, tipos y áreas temáticas de 316 trabajos estudiados en la fase intermedia.	224
Anexos	228
Bibliografía	236
CAPITULO III	
TRABAJO Y SALUD: ESTADO DEL CONOCIMIENTO	249
Cristina Laurell	
Introducción	250
Los enfoques teóricos	254
La construcción del proceso de investigación	262
Sobre la cuestión de las disciplinas	263
Sobre el sujeto y el objeto de la investigación	266
Sobre los ámbitos y niveles de la investigación	268
Sobre la dimensión del tiempo	274
Temas, problemas y conocimiento generado	279
Heterogeneidad industrial y desgaste diversificado: los estudios nacionales y sectoriales	280
Detrás de los muros de la fábrica: Los estudios de centros de trabajo	286
Los Problemas específicos: accidentes y riesgos químicos y físicos	301
Crisis y reestructuración productiva	306
La defensa y desarrollo de la salud obrera: hacia una nueva práctica	312
Los sindicatos: conocer para transformar	313
Hacia la transformación de la práctica institucional	318
Bibliografía	322

PRESENTACION

En la medida en que un campo del conocimiento y por ende de la práctica - se va configurando y expandiendo, requiere mayor vigilancia conceptual, metodológica y epistemológica, y mayor crítica tanto interna como externa. Además, dado que el crecimiento no es unifocal ni unidisciplinario ni monotemático, va requiriendo levantamientos que articulen, establezcan regularidades, puntos comunes, períodos, inconsistencias, prioridades y posibilidades e imposibilidades. Y es justamente por su naturaleza y momento que conviene a la corriente de pensamiento y acción global - pero quizás impropriamente - llamada "Medicina Social" un trabajo de este tipo.

Que la Medicina Social no es un campo constituido sino en constitución podría considerarse entonces como la primera premisa de este material. Premisa cargada de implicaciones. Porque lo aún no constituido es débil y con márgenes variables de incertidumbre. Pero al mismo tiempo relativamente abierto, convocante al trabajo de construcción y al debate. Puede ser ésta la raíz y razón del título adoptado: "Debates en Medicina Social". No es territorio de nadie o desierto sin senderos. Ya hay propuestas, propuestas con contenido y direccionalidad que merecen consideración y requieren discusión. Pero tampoco es un bloque monolítico, sin fisuras. Las tiene y posiblemente lo mejor no sea cerrarlas sino seguirlas en busca de saludables diversidades o necesarias rupturas. La tarea que culmina con la publicación de este material se propuso justamente mirar ese campo en construcción, ayudar a identificar sus fronteras, confrontar las propuestas originales-

con los desarrollos posteriores y contribuir al proceso constructivo del cual hace parte importante la crítica interna. Que la Medicina Social es un campo multitemático no es sólo una premisa de este trabajo sino una condición de su naturaleza. Premisa y condición que plantea de inmediato dos preguntas básicas:

- Cuál es la línea divisoria de la especificidad temática de la Medicina Social (MS)? O sea: cuáles temas son y cuáles no son médico-sociales.
- Por qué los notables desbalances en los desarrollos temáticos?

Sobre ambas preguntas se volverá un poco más adelante en esta introducción. Pero es bueno anticipar: más que temática, la delimitación parece ser conceptual, de enfoque, de criterios y métodos de análisis. Es decir: toda temática que toque con la vida humana, con la salud, con la enfermedad o con la muerte en cuanto se aborde y analice como entidad y realidad histórico-social, con la rigurosidad y metodología que tal identidad requiere, es un tema médico-social. La identificación entonces es de objeto, conceptual y metodológica, y no exclusivamente temática.

Que la Medicina Social es al tiempo un saber y una práctica - mejor: un conjunto de prácticas - es la otra premisa del trabajo y condición de esencia del tema. Por eso el esfuerzo original se orientaba tanto a la identificación del campo teórico como a la delimitación y análisis de las prácticas, incluidas las teóricas. Pero también aquí se plantea la pregunta, ya formulada a propósito de los temas, de la especificidad de las prácticas. Cuál es y cuál no es una práctica Médico Social? La respuesta no está acabada, pero sí perfilada en la nota anterior a la cuestión temática. Serán prácticas médico-sociales aquellas que, basándose en un esquema conceptual y modelos metodológicos como los enunciados anteriormente, se concreten en procesos de activación de las diferentes fuerzas sociales hacia la transformación positiva de sus condiciones

de vida y de salud. Caben entonces prácticas pedagógicas e investigativas; acciones al interior de movimientos sociales y políticos; acciones en los terrenos de la legislación, y la organización popular, el debate político, las luchas gremiales y sindicales en el terreno de la salud, y muchas otras formas de acción social. Algunas de ellas son consideradas en los capítulos de este trabajo. Pero muchas otras o no se han impulsado lo necesario o no son suficientemente conocidas aún. Impulsarlas más o conocerlas mejor es una tarea colectiva que se coloca por encima de las posibilidades de esta publicación. Pero discutir algunas de ellas y, sobre todo, abordar la MS no sólo como campo teórico sino también de múltiples prácticas sociales, ese sí ha sido uno de los objetivos esenciales de este trabajo, aceptando anticipadamente las limitaciones en los logros.

Si bien no es el nombre el problema central de la Medicina Social latinoamericana actual, no debe excluirse de la agenda de asuntos pendientes. El cuestionamiento sobre la validez y adecuación del nombre se viene incrementando en la medida en que se amplían los campos de trabajo y se aumentan el rigor metodológico y la participación interdisciplinaria e interprofesional.

Para algunos la realidad expresada en la palabra Medicina tiene un significado demasiado cargado de una racionalidad y una práctica casi antagónicas con lo que quiere expresar y materializar el pensamiento y la acción hasta ahora denominadas médico-sociales. En el contexto de las profesiones Medicina es también una de ellas, y con una historia de poder hegemónico en el campo de la salud no fácilmente conciliable con la democratización implicada y defendida por la "Medicina Social". Y, de mantenerse las denominaciones profesionales, en rigor habría que hablar también de Odontología Social, Enfermería Social, etc. Adicionalmente, sin ser la Medicina una disciplina, desde las disciplinas se ve también como reduccionista el concepto de Medicina Social.

El esfuerzo por trascender el territorio de la enfermedad

- al que ha estado dedicada en buena medida la medicina - y penetrar más los campos de la vida, de la salud y de la muerte, tampoco parece quedar bien expresado en la categoría Medicina Social.

En esencia el argumento se refiere entonces a la inconveniencia de mantener un nombre que ni expresa la realidad teórico-práctica que quiere señalarse ni produce el efecto de convocatoria y movilización transdisciplinar y transprofesional deseados, ni amplía la perspectiva de la salud y de la vida en las dimensiones proyectadas.

Aunque el problema de la denominación se viene agudizando recientemente, tal como ya se anotó, su formulación es muy antigua. Lo enfrentó desde sus orígenes europeos la sistematización de un conocimiento referido a las relaciones de la salud con la sociedad. Cuando Guérin utilizó por primera vez en Francia en 1948 el concepto de Medicina Social, la expresión hacía parte de la propuesta global de reforma médica en la convulsionada Europa de entonces. Para Guérin todos los términos utilizados hasta entonces para denominar esta área - higiene social, policía médica, higiene pública - eran insuficientes y no expresaban las nuevas prácticas que debían orientar las relaciones entre la enfermedad, los "problemas sociales" y una clara intervención del Estado en tales problemas. Otros reformadores de entonces, Virchow por ejemplo, consideraban a la medicina como una ciencia social. Y empezaron a construir la Medicina Social como una práctica político-social profundamente articulada con las condiciones económicas y orientada por tres principios básicos, a saber:

-) Que la salud del pueblo es un objeto de incuestionable responsabilidad social, teniendo la sociedad la obligación de proteger y asegurar la salud de la totalidad de sus miembros.

-) Que las condiciones económicas y sociales tienen un efecto importante sobre la salud y la enfermedad, requiriéndose de investigación y rigor científicos para la comprensión de tales relaciones.

-) Y que es preciso tomar medidas en el sentido de promover la salud y combatir la enfermedad tanto médica como socialmente.

Este ideario difiere del que originó la Salud Pública inglesa. Ella se orientaba más a las acciones prácticas relacionadas con medidas de saneamiento y consideraba al Estado como un agente complementario de la iniciativa privada. Hay entonces desde el origen dos denominaciones: Medicina Social y Salud Pública afines pero diversas en su génesis, en su conceptualización y en sus prácticas. Afinidad y diversidad que aún persiste y que históricamente en unos casos ha posibilitado - y puede seguir posibilitando - el acercamiento, y en otros contextos ha permitido - y puede seguir demandando - una demarcación de campos y de estrategias.

En la mitad de este siglo, y con fuerte influencia norteamericana, se consolidaron dos nuevas expresiones: Medicina Preventiva y Medicina Integral. Ambas surgieron como movimientos ideológicos orientados a la reforma de las prácticas médicas y referidos tanto a enfatizar los aspectos colectivos de la salud como a plantear la integración de conocimientos biológicos, psicológicos y sociales. El primer capítulo del libro desarrolla detenidamente la trayectoria de la Medicina Preventiva en especial en las escuelas de medicina en las que dió el nombre a un Departamento - con frecuencia denominado también de Medicina Preventiva y Social.

Particularmente en Brasil, y en forma creciente en otros países de la región, se ha venido utilizando el término de Salud Colectiva. Este logra superar la medicalización y el contraste público-privado, resaltando la temática de la salud y su carácter colectivo. No siendo reductible lo social a lo colectivo, tampoco ésta ha podido resolver totalmente la insuficiencia de las denominaciones en cuestión.

Con todas las limitaciones ya anotadas, el concepto de Medicina Social ha logrado hasta ahora agitar la temática, convocar y movilizar. La superación positiva de la denominación va a ser producto de la madurez conceptual y

de la realización y legitimación social del campo de saber y práctica reconocido hasta ahora bajo dicha denominación.

Especial preocupación viene mereciendo también el reconocido desbalance temático de la Medicina Social. Asumiendo los riesgos de un gran nivel de generalización puede decirse que en las décadas del cuarenta y del cincuenta predominaron en el campo los estudios socio-antropológicos. Las investigaciones centradas en la formación de personal de salud en los sesenta. Los replanteamientos epidemiológicos con la consiguiente formulación de una propuesta alternativa, la salud de los trabajadores, y la organización social de la salud fueron dominantes en los setenta y los ochenta. La cuestión del Estado y de las políticas sociales avanzan significativamente en los ochenta y en lo que va de la década actual. Pero los desbalances son fácilmente observables tanto entre los temas enunciados, como en su distribución regional como, en especial, en la profundidad y rigurosidad alcanzadas. Y cada vez es mayor el interés por acercarse o incrementar el trabajo en temáticas de alta prioridad social. Es el caso de la cuestión de la tecnología, sus fronteras sanitarias, su impacto en la salud, en los servicios asistenciales y en sus costos; la bioética; el ambiente, su relación con la salud, y las transformaciones e implicaciones sanitarias del espacio geo-político; las prácticas alternativas en salud; los movimientos sociales y sus posibilidades en el campo de la salud; la salud mental; la temática del género y la problemática de la mujer; las relaciones de poder en las instituciones de formación de personal, gestión y prestación de servicios de salud; las nuevas - o renovadas - políticas sanitarias; la violencia; el hambre; las relaciones cultura y salud, etcétera.

Lo social en Medicina Social no es sólo cuestión de cientificidad o adjetivo para resaltar lo colectivo ante lo individual. Es también cuestión de naturaleza, de objeto, de escenario y agentes en acción. O sea: es social en la medida en que se construya y acontezca en, por y para las fuerzas que constituyen, dan tensión y razón de ser a la sociedad. Carece de realidad por fuera de la trayectoria cultural, del momento científico y político de la específica sociedad en que se desen-

vuelve. Por eso es tan intenso y conflictivo su momento actual, tanto en América Latina como en el contexto general.

América Latina, sobre los saldos acumulados de injusticias, desigualdades y marginaciones centenarias, cargó en la década pasada con el peso aplastante de la deuda externa, los saldos rojos de la crisis vivida por el capitalismo a nivel mundial, y las consecuencias de las nuevas versiones de relaciones internacionales en las que el imperialismo no es una imagen inofensiva del pasado ni una creación panfletaria o delirante. Al tiempo que unificada por las constantes enunciadas y por muchos otros procesos, la misma América Latina es también diversa. Diversa en sus momentos político-sociales, en las especificidades de su textura económica y en las formas de enfrentar el impacto de la crisis.

Esta diversidad subregional necesariamente se traduce también en la diversidad de prácticas, de enfoques y propuestas en el campo médico-social latinoamericano. Prácticas diversas académicas e investigativas; prácticas políticas y de movilización por derechos y acciones por la vida y la salud; propuestas analíticas y operativas, metodológicas y administrativas. Diversidad que se intensifica, por supuesto cuando el escenario se amplía a Europa Occidental y Norte América, a África y Europa Oriental. Con la obvia aclaración de que no es la geografía la que marca la diversidad. En ella se expresan y delinear los modelos económicos, y las grandes alternativas político-ideológicas de la humanidad.

Por la vía de la constatación de la diversidad y sus determinantes llegamos a los que pueden ser los dos núcleos centrales de toda esta discusión y en torno a los cuales gira no sólo el material que se presenta a continuación, sino el esfuerzo médico-social en su conjunto. Tratemos de formularlos sistemáticamente.

El primero se refiere a la identidad misma del campo médico-social. El segundo a la existencia, validez y viabilidad de su propuesta. Si, como se vió, la temática es sólo un primer nivel de delimitación del campo, y éste sólo se configura por la

naturaleza del objeto y el tipo de abordaje y análisis, cuál es entonces la especificidad de la corriente médico-social latinoamericana? Cuáles son los elementos que la unifican en la diversidad y diferencian de otras opciones y propuestas? El reconocimiento del esencial carácter histórico-social de toda la problemática relacionada con la salud-enfermedad y la vida y la muerte es un primer elemento identificador. Pero insuficiente. En realidad en el amplio panorama de temas que tal problemática abre, la corriente Médico-Social Latinoamericana ha optado por aquellos más vinculados a las necesidades de los trabajadores y de las clases populares y más próximos a las posibilidades de pensamiento y acción de los investigadores. Y esto ayuda a delimitar y explicar lo hecho, pero no alcanza a justificar las exclusiones y desbalances ya anotados. Y entre las opciones teórico-ideológicas, aparece claro que la Medicina Social Latinoamericana ha trabajado basada fundamentalmente en los aportes de la visión y metodología materialista-histórica. La fidelidad a la realidad, la rigurosidad, el carácter dinámico y dialéctico que tal enfoque exige han permitido algunos de los avances obtenidos. Hasta el presente este ha sido el elemento más específico de la corriente a nivel regional. La necesidad de consolidarlo y enriquecerlo, superando dogmatismos y reduccionismos, es otro de los retos actuales.

El segundo núcleo, y que constituye la última reflexión de esta introducción, se refiere a si la Medicina Social es o no una propuesta global alternativa en el campo de la salud y, en caso positivo, cuál es su vigencia y cuáles sus posibilidades y limitaciones. Con la información y el análisis disponibles puede decirse que realmente constituye una propuesta pero aún embrionaria. Embrionaria por cuanto buena parte de sus contenidos están aún por desarrollarse e inclusive varios de ellos apenas sí se han enunciado; y embrionaria también en cuanto buena parte de sus planteamientos se encuentran aún a nivel de formulación teórica con relativamente escasas implementaciones y operacionalizaciones prácticas. Pero es una propuesta global en cuanto toca las bases conceptuales de la problemática sanitaria, los contenidos y prácticas metodológicas tanto del saber como del hacer social en la

salud, y formula la revisión epistemológica del campo científico implicado. Lo es también en cuanto pretende abordar la totalidad de la temática y contribuir a la búsqueda de alternativas aplicables. Lo cual está lejos de significar que la Medicina Social sea o esté intentando producir un nuevo y definitivo recetario para los bizarros problemas de salud regional. Está trabajando y continuará haciéndolo por entender e interpretar mejor y por participar más activamente en construir estrategias y mecanismos de transformación y de respuesta.

Hoy la propuesta no tiene, no puede tener aún, plena vigencia. Está gestándose y ganando presencia y legitimidad no sólo académica en los espacios donde se realizan las cuestiones que la constituyen: la vida y la muerte, la salud y la enfermedad del hombre como sujeto social. Su vigencia va a depender entonces de su propia capacidad para configurarse y validarse, de su articulación sincrónica con la realidad tratada, de la viabilidad y oportunidad tanto de las respuestas teóricas como de las propuestas más inmediatas y concretas, y de su visión para canalizar su energía y sus avances justo hacia el logro de sus objetivos esenciales, sin dispersiones inútiles o desgastantes en discusiones neo-bizantinas o prácticas ya históricamente superadas.

Por elemental coherencia un trabajo sobre esta temática debería ser colectivo. Y así se trató de hacerlo. Se partió de identificar los temas prioritarios y en los cuales hubiera un mayor volumen de conocimiento y práctica acumulados. Elementos para una reconstitución histórica; conceptos básicos; metodología; trabajo y salud, y estado y políticas de salud, surgieron como las áreas que deberían tratarse. Acordado realizar lo que algunos llaman un "estado del arte", un equipo de cinco investigadores inició el trabajo: Everardo Duarte Nunes, Jaime Breilh, Cristina Laurell, Sonia Fleury y Saúl Franco. El plan contemplaba una primera fase de levantamiento y análisis de información y elaboración de una formulación inicial. Una fase de discusión conjunta, y una tercera etapa de reelaboración de los materiales. En la marcha se vió la conveniencia de agregar una etapa: una discusión más

amplia con otros investigadores. Se conformó un grupo del que participaron: Hugo Mercer, Jaime Sepúlveda, Eliana Labra, Ana María Tambellini, Alberto Vasco, María Consuelo Castrillón, Cesar Mella, Josefina Padilla, Mario Brofman, Edmundo Granda, Roberto Pérez, Catalina Eibenschutz, Cristina Laurel, Everardo Duarte y Saúl Franco. Las discusiones y aportes de este grupo sobre los materiales ya re-elaborados, requirieron una nueva formulación. El grupo consideró también que, a pesar de la importancia del tema y de la indiscutida calidad del material preparado, al no contener propiamente el "estado del arte" acordado, no deberían incluirse en la publicación un documento sobre Estado y políticas de Salud y un material sobre Crisis y Salud, quedando pendientes para posteriores publicaciones.

Aún cuando los distintos capítulos del trabajo personalizan su autor, cada uno de ellos es realmente el producto del trabajo colectivo y de intensas discusiones en los dos años de elaboración. Esto, por supuesto, no descarga las responsabilidades de contenido y forma de los autores principales, ni sobrecarga a los participantes en el grupo de trabajo con co-responsabilidades no atribuibles.

A más de colectivo en su producción, el presente trabajo tuvo otra característica en su ejecución: fue interinstitucional. La Asociación Latinoamericana de Medicina Social - ALAMES - planteó la idea de la conveniencia de la revisión-crítica, y ofreció la colaboración de sus asociados, y la Organización Panamericana de la Salud - OPS - tomó la idea con entusiasmo, ayudó a elaborarla y desarrollarla y financió la totalidad de las distintas etapas del trabajo y de la publicación del material. Por esto a las demás contribuciones que en distintos campos pueda hacer este documento debe sumarse ésta: la de una forma concreta de cooperación entre entidades de naturaleza diferente pero afines en el interés por entender y ayudar a difundir lo que acontece y se piensa en el ámbito médico-social latinoamericano.

Saul Franco A.

Everardo Duarte N.

CAPITULO I

TRAYECTORIA DE LA MEDICINA SOCIAL EN AMERICA LATINA

ELEMENTOS PARA SU CONFIGURACION

Everardo Duarte Nunes

*“Al fin, la medicina será lo que debe ser, el conocimiento del hombre natural y social”
Lanthenas - “De l’ influence de la liberté sur la santé”.
París, 1792*

*“Basado en los pilares gemelos de la medicina y de las ciencias sociales, el concepto de medicina social sólo podía ganar en precisión con el avance de la medicina y el desarrollo de las ciencias sociales. Es imposible destacar lo suficiente que la medicina social descansa por igual, tanto en las ciencias sociales como en las ciencias médicas. La antropología, la psicología, la sociología y la economía son tan importantes en este campo como las diversas ramas de la medicina.”
G. Rosen - *Qué es la medicina social? un análisis genético del concepto.* 1947.*

*“Para fines de 1968 - 1973, las condiciones parecen propicias para que se diera legitimidad (en la América Latina) a la Medicina Social como un campo disciplinario”.
J.C. García - junio de 1984*

INTRODUCCION

La tentativa de analizar la trayectoria histórica de la Medicina Social en América Latina plantea algunas dificultades. Estas se refieren, primero, al hecho de ser una área de conocimiento y una práctica todavía en elaboración, en segundo lugar, porque no existen estudios nacionales completos, que permitieran una visión más detallada. A estas dos dificultades, se junta la cuestión de que el entendimiento teórico de esa área, pasa por los caminos no resueltos de las relaciones interdisciplinarias. Felizmente, la literatura que se acumuló a lo largo de tres décadas y media, posibilita evaluar, desde el punto de vista de las Ciencias Sociales, las contribuciones teóricas y metodológicas de la Medicina Social.

De otro lado, es evidente la complejidad de un análisis que está ubicado en la intersección de factores sociales, económicos y políticos con los adelantos científicos tanto en el área biomédica, como social, pero también, de otros campos del saber. Considérese, por tanto, que en relación a esa área su abordaje tiene que ser realizado considerando tanto las condiciones externas que determinaron su emergencia, como también, los condicionantes internos, relacionados al propio desarrollo histórico de las ciencias, que irían a proveer los elementos básicos, para la existencia de una práctica teórica. En realidad, esta ha sido la orientación dada por los estudiosos de las ciencias, y, en el campo de la salud se destaca García (1) quien, al realizar un profundo análisis de las instituciones de investigación en América Latina, apuntaba:

“La tesis central que orienta este trabajo, es que la práctica

y el saber en el campo de la salud - en el cual se incluye la investigación - están ligados a la transformación histórica del proceso de producción económica. Desde un punto de vista epistemológico, se opta por la postulación que sostiene que, la concepción y la proposición de acciones médicas no surgen por un simple juego del pensamiento, sino, que tiene su origen en la experiencia de los individuos con el mundo material objetivo, en las relaciones prácticas del hombre con las cosas, y en las relaciones que constituye el todo social y, en última instancia, en la estructura económica”.

El autor continúa afirmando que, es estudiando la totalidad social que se puede aprehender el sentido de las prácticas en el campo de la salud, y en el de la investigación, inclusive de las categorías que emergen del discurso que se elabora en relación a esas prácticas. Aunque quede claramente establecida la determinación económica, García, no descarta que en la productividad científica, también, se debe considerar la autonomía relativa de las ciencias de la salud, y que: “La tensión entre las influencias externas y las internas, constituyen la base de la creatividad científica”(1).

Sin duda, los aportes de García son básicos para la comprensión de la emergencia de la Medicina Social en Latino América, realizando una obra, que se dedicó a esa área del conocimiento, incluyendo su último trabajo que presenta algunos puntos importantes para la reconstrucción de la trayectoria de la Medicina Social latinoamericana (2).

Otros trabajos, que procuran dar cuenta de aspectos referentes a ese campo, y que pueden ser citados como importantes en su reconstrucción, fueron elaborados en los años 80: Laurell (3), Menéndez (4); Rodríguez y Villarreal (5); Nunes (6); Mercer (7).

Dentro de esa temática, la referencia obligatoria para los estudiosos de la teoría social de la medicina, es la tesis de Arouca (8), sobre la Medicina Preventiva, que procuró deter-

minar "las reglas de esta formación discursiva y las relaciones mantenidas con instancias no -discursivas que abarcaron, y trataron de estudiar la articulación de esta estructura con un determinado modo de producción, para que se pueda aprehender la simultánea contradicción, entre Medicina Preventiva - Medicina Curativa". El trabajo de Arouca, es de la mitad de los años 70, momento en que Donnangelo (9), también publicó "Medicina e Sociedade". Paim (10), sitúa ese período como marco "por una amplia discusión crítica, en el ámbito de la Medicina Preventiva y Social", como "el grande divisor de aguas, que explicitando la ideología comprendida en el proyecto preventivista, realizó un corte de ese movimiento, y señaló, la posibilidad de la construcción de una Teoría Social en la Medicina".

En realidad la posibilidad de elaboración teórica en Medicina Social será parte del proceso de desarrollo de ese campo que procuraremos demostrar a través de las contribuciones dadas por las Ciencias Sociales. Esto constituye en esta presentación el segundo punto de análisis. El primero hace referencia a la práctica pedagógica, en la cual la incorporación de lo social, tanto en el pregrado, como en el post-grado es la característica de los años 60 y segunda mitad de la década del 70, respectivamente.

Otro punto básico para comprender la construcción de la medicina social es el referente a la práctica social, que se desarrolla en la tercera parte de este trabajo.

Como puede verse por los aspectos levantados, la tarea de reconstruir la historia de la Medicina Social en América Latina es compleja, pues, además de los aspectos teóricos-conceptuales, existe todo un campo formado por prácticas técnicas, políticas e ideológicas que acompañaron el proyecto de ese campo del saber.

Los Orígenes Latinoamericanos

Fue después de la segunda Guerra Mundial, que se observó un proceso inicial de revisión en las tendencias que hasta entonces habían orientado las cuestiones de salud, tanto en lo que se denominaba Medicina Preventiva, como en el campo de la llamada Salud Pública. Esta ha sido la observación de todos los estudiosos que se dedicaron a analizar la historia social de los orígenes y desarrollo del área que, titulada Medicina Social, vendría, no a yuxtaponerse, por un proceso de recuperar antiguas denominaciones, sino, principalmente, por un proceso de rearticulación, y de redefinir un campo de prácticas específicas de salud.

Para esto, a la salud - como proceso y práctica - lo social no se incorpora como una externalidad, si no que aquella es comprendida como un proceso social inclusivo y así, se torna un objeto de análisis sociológico, cuya principal característica será el énfasis analítico orientado en dirección a una perspectiva globalizadora. Paim (10), recuerda que esta propuesta que abarca la Medicina Social, e inspirada en los estudios de García, encuentra sus orígenes en los movimientos sociales ocurridos en Francia y en Alemania, a mediados del siglo XIX. Esta tendencia se diferencia de la inspirada en Foucault, para el cual la conceptualización de la Medicina Social tiene orígenes distintos, sea a través de la medicina del Estado - policía médica - en Alemania, sea en el ámbito de las transformaciones urbanas - medicina urbana - en Francia, o de la medicina de la fuerza de trabajo, en Inglaterra.

En este trabajo no se analiza la evolución de la Medicina Social en Europa, pero la referencia es importante cuando se

considera la influencia ejercida por los patrones europeos en la medicina latinoamericana. Todavía conviene resaltar que el desarrollo en América Latina tiene características propias siendo importante la influencia en la demarcación de esa área de las propuestas de reforma educacionales en medicina desde mediados de los años 50, de la producción investigativa, y de la participación del estado y del movimiento sanitario.

La Medicina Social como Práctica Pedagógica

Al procurar situar los orígenes de la medicina social en América Latina, se verifica que, un punto de referencia importante, está relacionado a las cuestiones de reformulación de la enseñanza médica, especialmente en el área de Medicina Preventiva y Social Como es señalado por García (2), en la década del 50, la Organización Panamericana de la Salud, comienza a interesarse por la cuestión de la enseñanza médica, pues,

“La educación médica latinoamericana era evaluada como atrasada científicamente, desintegrada de la prevención, indisciplinada, metodológicamente anacrónica. Se debe recordar que, junto a la OPS, aparecen otras organizaciones internacionales como la Fundación Rockefeller, la Fundación Milbank, el Punto IV, que se irán a interesar en el tema de la educación médica, ”en un esfuerzo para corregir estas deficiencias. Así, la OPS toma a su cargo la modernización de la enseñanza de la medicina preventiva y social, la Fundación Rockefeller crea y apoya pequeñas escuelas modelos, en zonas relativamente aisladas de los grandes centros urbanos nacionales. La Fundación Milbank, se concentra en las ciencias sociales en salud, y el Punto IV, incorpora científicos sociales, especialmente antropólogos, en sus programas de acción.”

Dos seminarios organizados por la OPS, ganaron importancia en 1955 y 1956, en Viña del Mar (Chile), y Tehuacán (México) respectivamente, que ya fue bastante explorada por algunos estudiosos (García, Arouca, Rodríguez y Villarreal),

pero cuando se analiza la cuestión de la medicina social, sin embargo, se vuelve imprescindible hacer algunos comentarios adicionales. Esa importancia se pone en evidencia en la década del 50 y 60, pues la Medicina Social en América Latina aparece estrechamente vinculada al proyecto que se inicia con la tentativa de formalizar a través de la enseñanza de pregrado, los contenidos de las ciencias sociales, entonces denominadas ciencias del comportamiento o de la conducta.

Básicamente este esfuerzo de repensar la educación médica se fundamenta en propuestas de integración en diversos niveles, así como de una crítica a la biologización de los contenidos de enseñanza. En la filosofía de la educación propuesta, se insistía en la atención integral del individuo y su familia, en la formación biopsicosocial, en la práctica de la medicina integral, preventiva, curativa y de rehabilitación, en el conocimiento y participación en la solución de los problemas de salud de la comunidad. El documento de 1955 afirma textualmente que se debe “entender al hombre como unidad biológica, que esta integrado en una familia, y ésta, a su vez, en la sociedad”. El documento de 1956, detalla el programa que debe proporcionar al estudiante conocimientos: a) “del individuo como unidad biológica, para lo cual se incluirá la enseñanza de biología, genética y psicología; b) del hombre como unidad social, teniendo presente las relaciones recíprocas con el medio ambiente-físicoquímico, biológico, psicológico o social. Abarcará también aspectos de sociología general, ecología y antropología social, saneamiento, epidemiología y bioestadística (11).

Otros puntos referidos por esos seminarios, llaman la atención para una definición de la responsabilidad del médico, la comprensión de su propia personalidad e influencias sobre el ambiente, la comprensión de sus limitaciones y relaciones con las especialidades, la importancia de la familia y de la comunidad en el cuidado del paciente, la visión de la evolución histórica de la medicina, de la terapéutica a la prevención; los esquemas de clasificación de los objetivos educacionales y el trabajo en equipo (11).

Así, esos seminarios determinaron los límites de las pautas

de materias y contenidos a adoptarse, y los ejercicios prácticos que pusieron a los estudiantes en contacto con la realidad. Veremos después hasta que punto esas propuestas alcanzaron su realización, pero veamos antes, cuáles fueron los orígenes de ese movimiento en América Latina.

Según señalan los estudiosos de los orígenes y evolución de la medicina preventiva y social en América Latina, los cuestionamientos básicos que dieron origen a los seminarios citados, fueron la Conferencia de Colorado Spring (Estados Unidos), celebrada en noviembre de 1952 (para Canadá, Estados Unidos y Jamaica); la conferencia de Francia (Nancy) en diciembre de 1952, (para los países de Europa Occidental); la Primera Conferencia Mundial de Educación Médica, realizada en Londres en agosto de 1953, que dedicó una de sus cuatro sesiones al tema de la enseñanza en medicina preventiva; y en 1950, el Primer Congreso Panamericano de Educación Médica.

Después de los Congresos patrocinados por la OPS, hubo un desdoblamiento de los seminarios nacionales y "La Medicina Preventiva, asume así, la forma de un movimiento social, que a partir de los seminarios y congresos, se explayan en una red, en una dinámica de influencias de despertar y reforzar conciencias" (2).

Al final de la década de los 60 y en la primera mitad de la década del 70, se estableció una crítica a las formulaciones y las propuestas que venían siendo implementadas por las escuelas médicas. También se discuten las diferencias entre medicina preventiva, medicina social y salud pública. Sin duda, los trabajos que más se destacaron en el análisis de esa cuestión son los de García (12), publicado en 1972, y el de Arouca de 1975 (8). En el primero, es realizada una amplia y profunda investigación sobre la educación médica en América Latina, en la que la medicina en 1968 en las escuelas médicas, cubría una variedad de campos que se extendían de la medicina cuantitativa a la epidemiología, a las ciencias de la conducta, a la organización y administración de los servicios de salud, y a las medidas preventivas. El autor verificó también que el 45% de las escuelas investigadas incluían programas extramuros y

que la media de horas/alumnos en las disciplinas de medicina preventiva y social era de 205. Por eso, cuando en 1974 la OPS realiza un seminario para evaluar la situación de esa enseñanza, llega a la conclusión de que "lograron los objetivos de las reuniones de Viña del Mar y Tehuacán, en su parte estructural, con la incorporación de las diferentes disciplinas de medicina preventiva en los planes de estudio, pudiendo considerarse su desarrollo como uno de los hechos mas relevantes en el campo de la educación médica en el período de 1950 a 1959".

Según el documento, la enseñanza de la medicina preventiva despertaba poco interés entre los estudiantes y por consiguiente se imponían modificaciones que llevaron a las facultades de medicina a redefinir sus objetivos y a presentar propuestas de medicina preventiva como parte integrante de un proceso global de reestructuración.

Los programas tuvieron que someterse a nuevas evaluaciones a fin de evitar "esquemas artificiales" y "desvinculados de los servicios existentes en la comunidad" porque en el seminario de 1955 se recomendó "que el alumno -debidamente supervisado- actúe como observador y consejero médico de un número limitado de familias en la comunidad, durante un prolongado período". En el seminario de 1956, se insistía en que se debería usar a la comunidad como un laboratorio -"como núcleo de estudio de problemas concretos, en donde los estudiantes participen activamente y bajo supervisión adecuada". Se señalaba también que en caso de que la facultad de medicina no dispusiera de un centro de salud, deberían celebrarse acuerdos con instituciones públicas para usar sus instalaciones.

En el documento de la OPS, (1974), se expone que "las ambiciosas metas de obtener la transformación de las prácticas de salud, en especial de la atención médica, mediante la formación de un profesional capacitado para realizar esos cambios, no lograron concretizarse en cambio se produjo, en forma correlativa, la incorporación aislada de servicios de medicina preventiva en algunos programas de atención médica hospitalaria" (11). Haciendo un análisis mas profundo de cómo sur-

gieron las prácticas preventivas en América Latina, Arouca señala que “La Medicina Preventiva realiza un trabajo de delimitación, que por un lado afirma su identidad y la diferencia de la propia medicina y por otro lado establece sus diferencias con la Salud Pública y la Medicina Social”(8).

En 1974, en el documento de la OPS aparece por primera vez una tentativa de definir el objeto de la medicina social entendida como: “el campo de la práctica y conocimientos relacionados con la salud como su preocupación principal y propone estudiar la sociedad, analizar las formas corrientes de la interpretación de los problemas de salud y de la práctica médica”.

El planteamiento de ese objeto exigirá de las unidades de medicina social un gran esfuerzo de investigación de nuevas metodologías para completar el análisis de la atención médica (11). Rodríguez y Villareal (5) destacan que en esa reunión de la OPS surgen dos conceptos que tendrán mucha importancia hasta el presente. Los autores citan dos trechos de ese documento, que se transcriben a continuación. El primero dice:

“En cada formación social concreta la educación médica cumple un papel fundamental en la reproducción de la organización de los servicios de salud y se cristaliza en la reactualización y preservación de las prácticas específicas, tanto en las dimensiones del conocimiento cuanto en las técnicas y contenido ideológico”.

El segundo afirma:

“Es la propia estructura de la atención médica la que ejerce un papel dominante a través de la estructura del mercado de trabajo y de las condiciones que circunscriben la práctica médica”.

Como recuerdan Rodríguez y Villarreal (5), contra esa determinación mecánica de la práctica sobre la enseñanza y

para preservación de un cierto grado de autonomía de la Universidad son claros los planteamientos de García y Bojalil (13). Por lo tanto, el documento muestra a nivel de una discusión de especialistas en una reunión internacional, que había una necesidad de repensar el campo de la medicina preventiva y social. Cronológicamente, con alguna anterioridad, esa preocupación estuvo presente en el Brasil, en un encuentro de docentes de medicina preventiva del Estado de San Pablo, realizado en 1970. En esa ocasión y según Arouca (8), se definieron posiciones:

La identidad actual de los conceptos: presentada por el Departamento de Medicina Preventiva de la Universidad de San Pablo, que conceptuó la Medicina Preventiva como la aplicación de conocimientos y métodos de varias disciplinas, a la promoción, manutención y restauración de la salud, como también, la prevención de enfermedades, de incapacidad y de mortalidad prematura, a través de programas individuales y colectivos de atención médica, y concluía: "La Medicina Preventiva, así conceptuada, tiene más relaciones con los conceptos de Medicina Social desarrollados en Europa en la primera mitad del siglo XIX, que con las filosofías y propósitos de la defendida por el Departamento de Medicina Preventiva y Social de la Universidad Estatal de Campinas, que conceptuó la Medicina Social como el estudio de la dinámica del proceso salud-enfermedad en las poblaciones, sus relaciones con la estructura de atención médica, como también, las relaciones de ambas con el sistema social global, considerando las transformaciones de estas relaciones para la obtención, dentro de los conocimientos actuales, de los niveles máximos posibles de salud y bienestar de las poblaciones.

Así se verifica que, poco a poco, se establece un cuadro de referencia más claro, en la tentativa de situar un campo de saber que se venía confundiendo con otras áreas, no por razones de nomenclatura o de antigüedad cronológica, o por denominación de los Departamentos en las escuelas médicas que

adoptaron la designación de Medicina Preventiva y/o Social. Como escribe Arouca (8), "se nota que en realidad se trata de un problema más profundo". Retomando el análisis realizado por ese autor, los puntos que enunciaremos a continuación, sirven para demarcar el campo de la Medicina Preventiva, y establecer su delimitación en relación a la Medicina Social.

- La Medicina Preventiva irá a caracterizarse por ser "un movimiento ideológico, que procuraba transformar las representaciones sobre las prácticas médicas sin intentar, con todo, ser un movimiento político que realmente transformase estas prácticas. De esta forma, su discurso mantenía una relación de organicidad con el movimiento histórico vivido por la sociedad norteamericana, representando una lectura civil y liberal de los problemas de salud".
- La Medicina Social aparece en sus orígenes europeos, como un movimiento de modificación de la medicina, ligada a los propios cambios de la sociedad, o asumiendo sólo la modificación de la medicina a través de su transformación institucional". Ejemplos del primer movimiento en la segunda mitad del Siglo XIX son: Francia y Alemania; y del segundo movimiento, cien años después (1948), cuando ocurre la creación del Sistema Nacional de Salud, es Inglaterra.
- La Medicina Social presenta - también - otra tendencia, además de la expuesta arriba, y que se refiere a "una tentativa de redefinir la posición, y el lugar de los objetos dentro de la medicina, de hacer demarcaciones conceptuales, colocar en cuestión los cuadros teóricos, en fin, se trata de un movimiento a nivel de la producción de conocimientos que, reformulando las indagaciones básicas que posibilitaron la emergencia de la Medicina Preventiva, intenta definir un objeto de estudio en las relaciones entre lo biológico y lo psicosocial". Esta forma de entender la Medicina Social pasa a situarla como una disciplina y, según Arouca, "en los límites de las ciencias actuales".

Para sintetizar esa cuestión, es importante recurrir al último capítulo de la citada tesis de Arouca (8), donde ese autor coloca sus análisis en los siguientes términos: “existiendo formaciones discursivas en confrontación, que se definen en relación a la organicidad de sus discursos, la Medicina Preventiva parece como una práctica ideológica, orgánicamente ligada a los grupos hegemónicos de la sociedad civil y existiendo como una norma que se instaura, por sus propias contradicciones, en el terreno de la articulación de la medicina con lo económico. Por otro lado la Medicina Social intenta realizar una ruptura con esta postura ideológica y delimitar su objeto de estudio, a partir de lo cual podría producir conocimientos que contribuirían para una acción transformadora. Se trata de un discurso que procura su organicidad en la contradicción de las clases sociales, asumiendo una posición delante de estas contradicciones, en la teoría”.

En el momento en que se elaboraban estas ideas, transcurría la fase en que, según García (2): “las condiciones parecen propicias para que se diera legitimidad a la Medicina Social, como un campo disciplinario”, y que va de 1968 a 1973. Además las discusiones que hasta entonces se habían dirigido hacia un proyecto pedagógico a nivel de pregrado, se orientaron luego hacia la creación de cursos de postgrado. El desarrollo de la Medicina Social latinoamericana aparecía entonces como un proceso necesario e irreversible de una corriente de ideas. Varios encuentros (siete reuniones de trabajo y catorce seminarios hasta 1976) estimularon dicho proceso. Merece destacarse el Seminario de Cuenca, 1972, que reunió 14 representantes de 11 naciones y que representó una revisión crítica y una toma de posición en relación al papel de las ciencias sociales. La referencia especial al Seminario realizado en Cuenca, tiene su razón de ser. El es señalado como el momento en el cual se procura “trascender las relaciones amistosas, diferenciando la Medicina Social de la Salud Pública y separándola de la Medicina Preventiva”, como afirma García (2). Sin duda, había llegado el momento de dar un balance en la teoría y metodología que venían informando y orientando los trabajos en el área de la salud, porque ambas no conseguían dar cuenta de los problemas del sector que se agravaron a fines

de los años 60 y comienzos de la década siguiente, sin que se avistaran señales de mejoría. En relación a la cuestión teórica y metodológica, fué puesta en discusión la sociología médica funcionalista, que tuviera en Parsons, desde los años 50, su mayor representante, cuando analizó la práctica médica dentro de su tratado general sobre los sistemas sociales. Las críticas al funcionalismo se basaron en las “limitaciones explicativas, los sesgos ideológicos y la parcialización de la realidad estudiada”, como se indica en el documento de 1972, en el que se agrega:

“Las consecuencias teóricas de esa integración son que la sociología médica, entendida ésta como la aplicación del análisis funcionalista a los problemas de salud, ha contribuido a una concepción estática de dichos problemas y otras esferas de los procesos productivos en general. En estas condiciones, la salud aparece como un valor, como una función y como un servicio con vida autónoma dentro de cualquier sociedad impidiendo entender las relaciones dinámicas entre la salud y otras esferas del proceso social” (14).

De esa forma, en ese período, ocurre no sólo una “crisis de generación de conocimientos”, en la expresión de Laurell (3), sino, una crisis de determinada práctica, o sea, “por una parte la insuficiencia del paradigma científico de la medicina como modelo explicativo de la salud-enfermedad colectiva y, por la otra, la incapacidad de la práctica médica de transformar sensiblemente las condiciones de la salud de la población”.

Ya en la segunda mitad de los años 70, Laurell (15) hace un pertinente análisis, a partir del hecho de que la medicina en los países latinoamericanos se encontraba en situación crítica. Según la autora:

- Se observa que la pertenencia de clase explica mucho mejor que cualquier factor biológico la distribución de la enfermedad en la población y el tipo de patología que predomina.

- La suposición "desarrollista" de que las condiciones de salud colectiva mejorarían como resultado automático del crecimiento económico.
- El desarrollo de la atención médica hospitalaria tampoco ha implicado un avance sustancial en la salud de los grupos cubiertos por ella.
- La distribución de estos servicios entre los diferentes grupos y clases sociales - que están en relación inversa a las necesidades de cada uno - indica que no depende de consideraciones técnicas y científicas, sino principalmente de consideraciones económicas, políticas e ideológicas.

Los puntos señalados arriba, son suficientemente abarcativos y diagnostican correctamente la situación de la realidad latinoamericana, que en "la década de los setenta está caracterizada, por el sello de la crisis" (16) y cuando se habla de ésta crisis "dicho rótulo se ha aplicado a diversos fenómenos y se habla de crisis económica, energética, educativa, de la medicina, etc" (16). Autores como Laurell (17), Franco A. (18), Musgrove (19), han traído importantes aportes para analizar esa situación, no siendo este el momento para detenernos en este tópico.

La Incorporación de lo Social a nivel de los Cursos de Pregrado

Cuando en 1972 García (12) realizó el estudio sobre la educación médica en América Latina, verificó que todas las escuelas médicas con cursos completos tenían en su estructura una unidad encargada de la enseñanza de los aspectos preventivos y sociales. Es interesante que en la clasificación utilizada por el autor, aparecen las siguientes áreas: la medicina preventiva propiamente dicha, las ciencias de la conducta, la epidemiología, la medicina cuantitativa y la organización y administración de los servicios de salud. Por tanto, no hay referencia

a una área específica de medicina social; lo social estaba comprendido en las llamadas ciencias de la conducta, o diluido en otras disciplinas. En ese sentido, el contenido que es tratado en organización y administración de servicios de salud y descripción y análisis de servicios de salud en el país, aparecían posteriormente, en algunos cursos, dentro de la asignatura de medicina social.

Se considera que, a lo largo de los años, la introducción de un abordaje de lo social en los cursos de pregrado en especial los de medicina, no se hicieron bajo una única denominación. A fin de esclarecer este aspecto de la denominación que permeó la introducción de las ciencias sociales, veamos el origen del nombre que la antecede: ciencias de la conducta. En la década del 50 la Fundación Ford usó el término como una descripción abreviada de su programa de "comportamiento individual y relaciones humanas", cuando financió numerosos estudios. En 1946, la Universidad de Harvard organizó un Departamento de Relaciones Humanas para Investigaciones sobre el Comportamiento. En 1950, la Universidad de Chicago comenzó estudios sobre una teoría general del comportamiento. En 1952, la Fundación Ford crea el Center for Advanced Study in the Behavioral Sciences en Palo Alto, California. Y a fines de 1964, el Instituto Rockefeller inicia con un grupo de especialistas en ciencias del comportamiento, la relación de éstas con las disciplinas biomédicas.

Berelson (20) refiriéndose al término ciencias del comportamiento, recordaba que esa expresión fue elaborada por dos motivos: primero, para integrar en sus enfoques interdisciplinarios la centralización de un problema ; ese concepto sería más amplio que el de ciencias sociales; segundo, evitar la confusión y los equívocos entre ciencias sociales y socialismo. Esto indica que las ciencias del comportamiento se concentran en tres ciencias sociales, pero no en una clasificación pura: "En el centro de las ciencias del comportamiento se encuentran las versiones americanas de la antropología, la psicología y la sociología". En el caso concreto de las ciencias del comportamiento y medicina, es bastante aclaratoria la crítica hecha por Gaete A. y Tapia P. (21) al indicar que, por la construcción

teórica que las orienta: disocian el comportamiento individual de su base social, teniendo como objetivo, explícita e implícitamente, lograr el máximo ajuste de la medicina a la sociedad. De esa forma, esa corriente postula que los cambios necesarios para mejorar nuestro estado actual de salud no deben ser necesariamente cambios en la estructura social sino, innovaciones en la conducta personal o, cuando más, en las instituciones de salud.

Arriba citamos que fue a fines de los años 40, e inicio de la década del 50, que la expresión ciencias del comportamiento o de la conducta hace su apareamiento en el escenario científico norteamericano, cuando sobresale la perspectiva neopositivista y la represión macartista.

Esas informaciones son importantes en la medida en que la inclusión de lo "social" dentro de las propuestas de los Seminarios, a los cuales nos referimos en otra parte de este trabajo, incorporan inicialmente la expresión ciencias de la conducta. La primera evaluación del estado de la enseñanza y de la producción científica abordando lo social, fue realizado en 1965 en la Mesa Redonda sobre Ciencias de la Conducta y Enseñanza Médica en América Latina, en la 60a. Conferencia de Aniversario de la Fundación Milbank.

Fué tema importante en esa Reunión la discusión acerca de las posibilidades de "casamiento de las ciencias sociales con la medicina"; discutiéndose también si se trata de una unión apropiada, y cuál es la situación de los cónyuges (frente a los términos del imperialismo médico y a la imposición de normas pragmáticas y orientadas a la acción, que reducirían a los científicos sociales a una posición servil).

En cuanto a la enseñanza, los participantes concluyeron que "Tal como son impartidos en muchas facultades de medicina latinoamericanas, los conceptos de ciencias sociales a menudo aparecen apagados o entremezclados con los preceptos de medicina social o de filosofía social" (22). Badgley y Schulte (23) señalaron que "los médicos que en algunas circunstancias sirven de punta de lanza en la introducción de las

ciencias sociales en la enseñanza médica en América Latina, se han enfrentado con frecuencia con el escepticismo de los colegas, la confusión que origina el nombre y el contenido de la nueva disciplina, y la escasez de candidatos adecuados para los puestos docentes".

En 1964, época de la investigación, con la participación de los departamentos de Medicina Preventiva y Social, los autores concluyeron que aproximadamente 25% de las facultades de medicina latinoamericana ofrecían cursos de antropología, sociología o psicología a los estudiantes de medicina. Se comprobó la falta de homogeneidad a partir del mismo nombre asignado a la disciplina que, dentro de la medicina preventiva, se relacionaba con las ciencias sociales: "tanto antropología, antropología social, antropología física, ciencias sociales, ciencias de la conducta, sociología, socioantropología, psicología, como psicología social aparecen en diversas proporciones, a menudo sugieren distinciones académicas que se vuelven cada vez más nebulosas a medida que se examina el contenido del curso". Entre las pocas experiencias es relatada la que trata de la enseñanza integrada en la práctica clínica (24).

La segunda evaluación sobre la enseñanza de las ciencias de la conducta, es realizada en 1967 por García (12), cuando verificó que en el 79% de las facultades de medicina se enseñaba "ciencias de la conducta" (definidas como agrupación de sociología, antropología y sicología social). Debe recordarse que en la investigación realizada en 1964 los datos se basan en el 47% aproximadamente de las facultades de medicina de Mesoamérica y Sudamérica. Los datos de García abarcan a 100 escuelas o facultades de medicina. En esta investigación se dan detalles de los temas ofrecidos, en las siguientes proporciones: conceptos básicos, 78%; etiología y medio ambiente social, 58%; conducta tanto en estado de salud como de enfermedad, 55%; aspectos psico-socioculturales de la atención médica, 39%. Como indica el autor, el capítulo de los conceptos básicos corresponde al desarrollo de los aspectos generales y conceptuales, y los restantes a los aspectos aplicados a los problemas médicos.

Teniendo presente que esa investigación es hasta el presente la más completa sobre la enseñanza de las ciencias sociales en América Latina, es importante exponer otros puntos que fueron estudiados. Se observó un predominio de los aspectos conceptuales sobre los aplicados, casi el 50% del tiempo dedicado a la enseñanza se consagra a los primeros. En lo que se refiere a la metodología de la enseñanza, 66% de las horas-alumno son de docencia en aulas teóricas. Por otra parte "Cuando existen clases prácticas, la mayoría de las facultades las dedican a visitas a barrios pobres, instituciones y, en el mejor de los casos, a participación en censos de alguna población marginal, en los que resaltan los datos sobre las viviendas y las condiciones sanitarias de la vecindad, sin ninguna elaboración teórica (12).

García menciona algunos puntos referentes a las dificultades de la aceptación de las ciencias sociales: a) el bajo status profesional en que los médicos tienen a los científicos sociales y b) la ubicación poco clara de esos científicos en la estructura administrativa.

En lo que se refiere a la importancia atribuida por los estudiantes a las ciencias sociales, los resultados de los estudios realizados en seis facultades de medicina señalan que la mayoría de los estudiantes atribuye gran importancia a este campo, pero, como añade el autor, "es posible que esa consideración sólo se refiere a la formación de una cultura general y no como un instrumento de comprensión de la realidad o como arma efectiva para el trabajo".

Desgraciadamente, no contamos en la actualidad con ningún trabajo tan completo como el estudio realizado por García. Hay algunos estudios nacionales procurando evaluar cómo ha sido la introducción del abordaje de lo social en las escuelas latinoamericanas. Pueden ser citados los de Coe (25) y los de Villanueva y Quintana (26).

En 1975 Coe visitó ocho facultades de medicina que enseñaban "ciencias del comportamiento" y presentó algunas consideraciones sobre la "conceptualización y puesta en práctica

de las ciencias del comportamiento y aprovechamiento de la comunidad como instrumento de enseñanza". El autor se refiere al hecho de que, a excepción de pocas facultades, los programas se relacionan con la práctica de la medicina social y no de la medicina comunitaria. Este segundo modelo es más común en los Estados Unidos, en donde el aprendizaje pone énfasis en la comunidad: estructura, recursos y problemas. Según sus observaciones, "los estudiantes de medicina latinoamericanos aprenden los principios de la medicina social en las aulas y los aplican en las clínicas de la comunidad como una extensión del centro médico y no están orientados hacia la comunidad en el sentido de convertirla en centro de salud y educación".

En el estudio de Villanueva y Quintana (26) se ofrecen datos más recientes sobre la situación de la enseñanza de las ciencias sociales en América Latina. En ese estudio, los autores analizaron los planes de estudio de 25 escuelas o facultades de medicina "a fin de seleccionar aquellos que fueran más representativos en el ámbito médico-educativo de cada país". Se analizaron las facultades de medicina de los siguientes países: Costa Rica, El Salvador, Honduras, Guatemala, Jamaica, Nicaragua, Panamá, Paraguay y Uruguay que contaban con una sola facultad de medicina; de Argentina, Bolivia, Colombia, Chile, Perú, República Dominicana y Venezuela se escogieron dos facultades y de México se estudiaron los planes de tres facultades. No se presentan datos sobre Ecuador, Brasil y Cuba. Los datos corresponden a 1978. A fin de resaltar la participación de las ciencias sociales en el plan de estudio, se agrupó en seis áreas el contenido programático de los cursos: básica, clínica, de cirugía, patología, salud pública y social. Las materias incluidas en el área fueron: introducción a la sociología, antropología, salud para la comunidad, salud pública, medicina social, medicina comunitaria.

Se resumen las informaciones cuantitativas en la Tabla I, que reúne datos sobre 12 países, ya que cinco no ofrecen informaciones de ese tipo. Es evidente que el porcentaje destinado al área social es muy inferior al de las otras, aunque se puede suponer que el área denominada de salud pública

TABLA 1 - DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS ÁREAS QUE COMPONEN EL PLAN DE ESTUDIOS DE LA CARRERA DE MEDICINA EN LAS FACULTADES/ESCUELAS DE MEDICINA EN LOS PAÍSES DE LA AMÉRICA LATINA -1978

ÁREAS PAÍSES	BÁSICA	CLÍNICA	CIRUGÍA	PATOLOGÍA	SALUD PÚBLICA	SOCIAL	TOTAL
Costa Rica	48.28	20.72	1.88	5.86	26.42		100
El Salvador	40.00	25.00	5.00	5.00	12.50	12.50	100
Honduras	36.54	30.77	11.54	7.69	11.34	1.92	100
Panamá	36.85	27.78	23.23	2.77	11.11	4.16	100
Paraguay	16.66	33.34	20.00	23.34	6.66		100
ARGENTINA							
Córdoba	23.08	41.04	15.38	15.38	5.12		100
La Plata	10.00	46.67	6.20	13.33	10.00		100
BOLIVIA							
San Andrés	31.82	28.78	16.67	6.06	13.63	3.03	100
San Simón	43.47	18.94	11.53	13.04	13.04	2.89	100
COLOMBIA							
Univ. Nac. de Colombia	46.46	22.73	4.54	13.64	13.83		100
Antioquia	50.00	26.32	2.63	7.69	10.53	2.69	100
VENEZUELA							
Andas	31.58	42.11	5.26	7.88	10.53	2.69	100
Central	24.53	30.18	9.43	13.20	22.65		100
CHILE							
Santiago del N.	32.25	32.26	6.48	16.13	9.68	3.22	100
Cardíaca	36.37	27.28	13.63	9.09	11.36	2.27	100
Rep. Dominicana							
Auto de Santo Domingo	27.78	35.79	14.82	7.40	12.86	1.85	100
Pedro H. Ureña	28.34	31.67	15.00	10.00	11.66	3.33	100
PERU							
Nac. San Agustín	42.56	29.79	8.51	8.51	10.63		100
Federico Villarreal	37.50	30.00	10.00	12.50	10.00		100

FUENTE: Villanueva, C.G. y Quintana, S.P. 1261

puede contener muchas veces aspectos relacionados con lo social.

En ocho facultades no se hace mención de esa área. Los autores señalan que muchas de esas facultades, a pesar de haber experimentado un cierto proceso de modificación del plan de estudio, no integraron los contenidos de las disciplinas relacionadas con lo social. Se observa evidente predominio de materias básicas en Costa Rica, El Salvador, Honduras, Panamá, Bolivia, Colombia y Perú. En Paraguay, el caso es diferente porque a las básicas y de salud pública se destina pocas horas

de enseñanza. En Argentina, República Dominicana y Venezuela predominan las materias clínicas. Se observa un equilibrio de las áreas básicas y clínicas en una de las facultades de Chile, mientras que en otra de ese mismo país el área básica representa un porcentaje ligeramente superior. Siete facultades no ofrecen datos bajos la sola forma cuantitativa: tres de México, una de Guatemala, Jamaica, Uruguay y Nicaragua, respectivamente.

En México, las tres universidades estudiadas ofrecen una programación en ciencias sociales: se calcula que en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (Plan A-36) 20% es dedicado a sociomedicina (psicología social, antropología médica, sociología médica, epidemiología y medicina legal); en la Universidad Autónoma Metropolitana (Xochimilco) el programa busca investigar, analizar y evaluar críticamente el proceso salud-enfermedad, y presenta la relación entre las actividades del hombre y la sociedad en su conjunto, como una base para este proceso; también, a partir de 1975, la Universidad de Guadalajara (Jalisco) incluyó aspectos sociales en su plan de estudios.

En 1984, González C. y colaboradores (27) publicaron una extensa investigación, sobre la enseñanza de la medicina preventiva y social y analizando 60 programas en las universidades mexicanas, señalaron que:

“El programa de la enseñanza de la medicina preventiva y social en México que se ha presentado en esta investigación permite concluir de acuerdo con la hipótesis planteada, que la importancia que se concede a la medicina preventiva y social es más a nivel discursivo que como respuesta a necesidades de salud concretas, en virtud de que, en general esta enseñanza presenta muchas deficiencias de carácter cuantitativo y cualitativo”.

El programa de la Universidad de Nicaragua se presenta con características propias. Lo importante en ese plan de estudio es que establece como eje el estudio-trabajo, mediante

programas a realizarse en los cinco años de la carrera (jornadas populares de salud, higiene escolar, higiene ambiental, atención integral del adulto, medicina y atención materno-infantil) y también una concepción teórica que orienta los programas en cuatro niveles: 1) reproducción de la conducta y de la conciencia; 2) reproducción del medio ambiente; 3) reproducción económica y de la fuerza laboral; y 4) reproducción biológica. Por lo tanto, en este programa integrado puede observarse que la problemática social sirve de base al plan de estudio, y favorece los esquemas conceptuales de las ciencias sociales (28).

Actualmente en el currículum escolar de Cuba (29) con la denominación de sociedad y salud se imparte un Curso Introductorio de 90 horas que incluye actividades de terreno. Este curso integra los aspectos generales de las ciencias médico-sociales y se imparte en el primer año. Sus objetivos son: aplicación del método científico al estudio de los problemas de salud del individuo, de las familias y de la comunidad; proporcionar conocimientos sobre factores psicosociales determinantes de la conducta en el proceso salud-enfermedad, factores ambientales, económicos y socio-culturales que modifican la salud; organización del Sistema Nacional de Salud, con énfasis en la Atención Primaria; situación de la salud del país y su interrelación con el desarrollo socio-cultural y económico; métodos para el estudio del nivel de salud de las familias y de la comunidad. El curso tiene actividades prácticas en las que se confeccionan y discuten historias clínicas familiares y el diagnóstico de la situación de salud de algunas familias. Durante el curso médico también se ofrecen cursos de materialismo histórico abarcando la concepción materialista de la historia, la dialéctica de la relación naturaleza-sociedad, las clases sociales, la organización política de la sociedad, la revolución social, la ciencia y la cultura y la crítica de las principales concepciones sociológicas contemporáneas.

En lo referente a Jamaica y Uruguay, las informaciones indican que se llevaron a cabo algunos intentos de modificaciones de los planes de estudio, pero no pueden compararse con las de México y Nicaragua, por ejemplo. Un programa que

divide el plan en ciclos y proyectos comunitarios forma parte de la enseñanza médica, sin referencia a las ciencias sociales (26).

En relación a los estudios brasileiros sobre la enseñanza de las ciencias sociales, existen dos trabajos realizados por Campos y Nunes (30), en 1971 y por Nunes (31), en 1981. Se recuerda, también, que en el estudio de PESES (32), de 1976, hay algunas informaciones sobre el asunto.

En el trabajo de 1971, primera encuesta global sobre la enseñanza de las ciencias sociales en el sector de la salud, se ofrecen datos relacionados con la medicina (50 facultades, 67% del total), enfermería (29 escuelas, 80% del total), odontología (37 escuelas, 80% del total) y salud pública (6 escuelas, 100%). Del total de las instituciones 69.6% manifestó que ofrecía cursos que incluían temas de ciencias sociales o del comportamiento en su plan de estudio, en las proporciones siguientes: 80% de las facultades de medicina; 89.7% de las escuelas de enfermería; 43.2% de las facultades de odontología y 50% de las escuelas de salud pública. En esa ocasión, en las facultades de medicina se ofrecían 127 cursos que incluían la enseñanza mencionada, pero de ese total solo 22.8% pueden considerarse específicamente de ciencias sociales.

En la encuesta de 1980-1981, 44 facultades respondieron el cuestionario, es decir 57.8% de las facultades de medicina. Del total de las 44 facultades, 58.6% indican que ofrecen alguna forma de ciencias sociales. Se puede observar que 65.4% declara tener una disciplina para la enseñanza de las ciencias sociales y el 34.6% restante ofrece temas relacionados con el área.

En el Cuadro I (véase pg. 47) se enumeran las disciplinas, sus títulos, dependencia y departamentos, año en que se ofrece la enseñanza, horario, año de origen, actividades prácticas y docentes que forman parte del curso. Se observa cierta concentración alrededor de los departamentos de medicina preventiva y social, seguidos por salud colectiva. En general, la enseñanza se lleva a cabo en los años básicos (1o, 2o, y 3o.) y

raras veces en los cursos clínicos. El menor número de horas es de 45 y el mayor 120. A excepción de una facultad que no informó sobre la fecha de origen de la disciplina, todas las demás se establecieron a partir de 1965. De los 37 docentes encargados de la enseñanza, 16 tenían formación en ciencias sociales o sociología. Ya en 1971 se observó que del total de 323 profesores participantes en la enseñanza de las ciencias sociales, sólo 57 habían recibido formación básica en el área de ciencias sociales. De las 19 disciplinas enumeradas en el Cuadro I, sólo 7 realizaban algún tipo de actividad práctica, que se refería a trabajos en la comunidad o entrevistas con pacientes hospitalizados.

Se observó la siguiente metodología de enseñanza; clases teóricas, 11 casos; clases teóricas en pequeños grupos, 5 casos; seminarios 7, y clases prácticas en pequeños grupos, 7 casos.

El aspecto que merece distinción en esa encuesta es el relacionado con el contenido de las disciplinas. En resumen los contenidos citados y que se agruparon en 12 puntos son: conceptos históricos; relación médico-paciente; el paciente; los profesionales de la salud; la organización del ejercicio de la medicina; salud: conceptos y determinación; metodología; comunidad; educación; economía y política y misceláneos. Se observa una gran diversidad de temas y aparentemente no existe, excepto algunos casos, un esquema de referencia que ordene esos temas dentro de una orientación teórica. El orden de temas que se observa generalmente parte de conceptos básicos seguido por una adaptación a la temática de la salud. Esa situación no es diferente de la encontrada hace diez años, pues en 1971 "está comprobada la existencia de una preocupación de las facultades profesionales brasileñas, del área de salud, por incluir temas de ciencias sociales o del comportamiento en sus planes de estudio, si bien eso ocurre a través de cursos bien diversos y que tratan de una gran variedad de temas".

Según se indicó anteriormente, 34.6% de las facultades ofrecen temas de ciencias sociales y 7 facultades que tienen disciplinas emplean también esa forma de enseñanza, es decir,

un total de 16 facultades de medicina. Por tanto, es significativa la inclusión de alguna forma de enseñanza de ciencias sociales de manera menos formal que la ofrecida por las disciplinas. En cuanto a los temas, su diversidad es bastante grande. El eclecticismo es bastante amplio y los temas pueden abarcar la presentación de puntos tales como: migración, metodología de la investigación, políticas de salud, etnocentrismo y relativismo cultural, colectividad y comunidad, interacción social, sistemas de salud, medicina no convencional, el médico como agente del cambio, problemas de salud pública, y muchos otros más. Los departamentos a los que se subordinan pueden ser los de psiquiatría, medicina preventiva, medicina social, y con frecuencia también el de salud colectiva. Del total de 45 profesores que enseñan los temas de ciencias sociales, 35 son médicos, 6 sociólogos, 1 antropólogo y 3 tienen formación como asistente social, farmacéutico y dentista.

Un punto importante en la evaluación de la enseñanza fué el de las dificultades. En un análisis de conjunto de las respuestas, se llega a las siguientes conclusiones: a) interés de los estudiantes razonable en promedio general; b) material bibliográfico: insuficiente; c) cantidad de horas: insuficiente; d) orden en que se enseña la materia: no hubo consenso, para unos es inadecuado y, para otros, satisfactorio o adecuado; e) coordinación e integración con otras disciplinas o temas: inexistente o es precaria y difícil f) popularidad: limitada g) popularidad entre los alumnos: razonable. Además de esos problemas, algunos señalaron "autodidactismo de los profesores", "dificultades para establecer trabajo práctico", "resistencia a incorporar profesionales no médicos", "número elevado de alumnos en cada grupo".

DEBATES EN MEDICINA SOCIAL

Cuadro 1 - DISCIPLINAS DE CIENCIAS SOCIALES QUE SE ENSEÑAN EN LAS FACULTADES DE MEDICINA DEL BRASIL 1980-1981

DISCIPLINAS	DEPARTAMENTO	AÑO	HORAS	AÑO CREACION	No. DOCENTES	ACTIVIDAD
Medicina Prev. y comunitaria *	Clinica medica	2do	120/año	1981	4 medic. 1 As.Soc.	Investig. de la comun.
Elementos de cien. soc. aplicadas a la salud	Ciencias Sociales	1ero	45/año	1972	1 Sociologo	No tiene
Ciencias Sociales aplicadas a la medicina *	Medicina Social	1ero	75/año	1968	2 Médicos 2 Sociólogos	Entrevistas Pac. intern., visitas domiciliarias
Ciencias Sociales aplicadas a la Salud	Medicina legal y en salud pública	3ero 6to	92/año	1969	1 Sociólogo	Investig. de aspec. Med.Soc.
Medicina Socio Cultural*	Medicina Social	3ero	30/año	1966	1 Médico	No tiene
Ciencias Sociales aplicadas a la medicina**	Medicina Prevent. y Social	2do	30/año	1967	1 Sociólogo	No tiene
Relaciones Hum.*	Psiquiatría y psicología médica	1ero	4/sem/año	1970	1 Médico 1 Sociólogo	No tiene
Antropología Cultural*	Medicina Preventiva y Social	2do	60/año	1966	1 Psicólogo	No tiene
Sociología aplic. a la medicina	Medicina	2do	60/año	1968	1 Sociólogo	No tiene
Ciencias sociales aplicadas y educ. en salud	Salud Colectiva	3ero	73/año	1972	2 Médicos	Invest. y trab. en la comunidad
Antropología de la medicina	Medicina Colectiva	1ero	60/año	1978	1 Sociólogo	No tiene
Medicina social	Medicina Social	3ero	60/año	1977	6 Médicos	Trabajo con entrevista dom.
Sociología y Antropología	Sociología y Antropología	3ero	60/año	1981	1 Sociólogo 1 Antrop.	No tiene
Medicina Prev. I	Medicina Prevent.	3ero	45/año	1968	1 Sociólogo	Trab. Com.
Sociología I	Educ. y Cienc. Comportamiento	1ero	Inform. inútil.	No inf.	1 Abogado	No tiene
Ciencias Sociales aplicadas a la medicina**	Medicina Prevent.	2do	120/año	1965	4 Cientist. sociales	Investig.
Medicina social**	Medic. Prev.y Soc.	4to	60/año	1970	1 C. Soc. y prof. con.	No tiene
Población y salud*	Medic. Prev. y Soc.	1ero	45/año	1979	1 C. Soc. 4 Médicos	No tiene
Sociología Gen.	Ciencias Humanas	1ero	45/año	1976	1 Sociólogo 1 Farmacol.	No tiene

* En las facultades donde se enseñan esas disciplinas, se enseñan también las otras.

** Esas disciplinas se enseñan solamente en una facultad médica.

FUENTE: Datos recopilados por el autor

Las Ciencias Sociales y la Medicina Social en los cursos de postgrado

Sin duda, el gran impulso reorientador para la incorporación de una perspectiva de las ciencias sociales en salud, ocurrió especialmente en la segunda mitad de los años 70 con la creación de los cursos de postgrado en medicina social. Esto irá a acontecer tanto a nivel de los cursos de postgrado strictu sensu (maestría y doctorado), como también, en un sentido amplio incluyendo los cursos de especialización y las residencias médicas.

A pesar de que se acentúa en ese período su incorporación, hay que recordar que en algunos casos excepcionales esa enseñanza ya estaba presente en cursos de salud pública organizados anteriormente, por consiguiente precediendo a la enseñanza en los cursos de postgrado. Citemos como ejemplo, el curso de "problemas de sociología aplicada a la higiene", en la Facultad de Salud Pública de la Universidad de San Pablo de 1946, programa exclusivo para médicos con un total de 18 horas de actividades. Ese curso fue ampliado y posteriormente la disciplina "Técnica de salud pública" incluyó las ciencias sociales. Ya al final de la década del 50, la Escuela Nacional de Salud Pública de Río de Janeiro también incluyó cursos de "fundamentos socioeconómicos" y "educación sanitaria" (33). Tenemos que citar, además, que la Facultad de Salud Pública de la Universidad Central de Venezuela, el Ministerio de Salud y la OPS firmaron en 1962 un convenio para consolidar la enseñanza de las ciencias sociales, creando en esa Facultad un Departamento de Educación Sanitaria" (34)

En realidad, sólo en 1973, se estableció un proyecto específico de enseñanza de las ciencias sociales a nivel de estudios de postgrado en medicina social en América Latina. El curso es resultado de un proyecto de apoyo a la enseñanza de ciencias del comportamiento elaborado por el programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), en 1971, y que en 1972

aprobó el Programa PAHO-AMRO 6223 para esa enseñanza. Así, la PAHO y la Fundación W. K. Kellogg crean en el Instituto de Medicina Social de la Universidad Estatal de Río de Janeiro, un curso de Medicina Social (35).

En 1975, la Universidad Autónoma Metropolitana de México, en Xochimilco, inauguró un programa de maestría en medicina social. En síntesis, ese programa fue elaborado para "volver a examinar los conceptos teóricos y prácticos que tratan de los aspectos socioeconómicos de la salud y fomentar la formación del personal en investigaciones, planificación y salud" (35). Ese programa se llevó a cabo mediante la cooperación de la PAHO con la Universidad Autónoma Metropolitana.

Puede citarse como uno de los puntos más importantes de ese programa la creación de un marco teórico para orientar la organización del curso, lo que originó una producción científica de suma relevancia en el área de las ciencias sociales y salud. Según señala Laurell (36), se hizo necesaria la creación de un marco, que partía de una proposición en la que considera que "el proceso salud enfermedad, el ejercicio de la medicina y la ciencia médica son partes dinámicas de determinada sociedad y en ella encuentran su explicación. Por lo tanto, es necesario estudiar los fenómenos mencionados con metodología y técnicas sociológicas". Al exponer los diversos aspectos de esa propuesta, afirmaba que, "esta posición no nos sitúa en una corriente cualquiera del pensamiento sociológico, nos sitúa en la del materialismo histórico". La organización de ese plan de estudios se basa en dos ciclos: el primero, abarca las principales áreas de influencia de la salud y la estructura social; la determinación social de la ciencia médica, la distribución de morbilidad-mortalidad, la formación de recursos humanos y finalmente, la planificación de los servicios de salud; el segundo ciclo ofrece la posibilidad de escoger entre tres especialidades: epidemiología, políticas de salud y planificación de recursos humanos (37).

En 1986 fue hecha una propuesta de modificación del plan de estudio encaminado al Consejo Académico. Según consta

en el documento: En el transcurso de estos años de trabajo, como es natural, el contenido de los programas se ha actualizado. Se ha visto la necesidad de redefinir algunos seminarios y se ha apoyado también la creación de nuevos cursos optativos(38). Reorganizada en dos niveles, el nivel 1, abarca 3 trimestres con sus respectivos módulos: Salud y Sociedad, Distribución y Determinantes de la Enfermedad, y Práctica y Recursos Humanos; el nivel 2, para formación de investigadores. En el primer nivel los objetivos específicos para formar profesionales especialistas en Medicina Social son: analizar la problemática sanitaria en su relación con el contexto socioeconómico y político, manejar la metodología y las técnicas de uso común en la Medicina Social, operar programas médico-sociales en instituciones de docencia y servicio. Para el segundo nivel fueron fijados los siguientes objetivos: analizar críticamente problemáticas complejas epidemiológicas y de políticas sanitarias en relación con el contexto socioeconómico y político; manejar la metodología y las técnicas complejas de la epidemiología y de la planificación e investigación en servicios de salud; formular y operar programas epidemiológicos y de servicios sanitarios en instituciones del sistema de salud; operar programas médico-sociales en instituciones de docencia y servicio. Para ingresar al segundo nivel, el aspirante deberá cumplir las unidades de enseñanza-aprendizaje correspondiente al primer nivel.

Esas modificaciones no alteran la orientación básica de los cursos que fundamentan en la teoría y metodología de las ciencias sociales, las bases necesarias para analizar e interpretar los problemas de medicina social. En ese sentido, el énfasis en el materialismo histórico continúa siendo punto de fundamental importancia. Se acrecienta la caracterización de la formación social mexicana y latinoamericana, así como el estudio de los enfoques que analizan la distribución y los determinantes del proceso salud-enfermedad y la articulación del estado y las políticas de salud.

Una de las formas de analizar la importancia que viene teniendo el curso a partir del año en que inició sus actividades, en 1975, es verificar algunos datos cuantitativos. Hasta 1986,

se inscribieron en el curso 297 alumnos, siendo 156 mexicanos y 141 extranjeros; de ese total, cumplieron los requisitos 121 y se graduaron 60, habiendo 19 tesis en proceso de elaboración, además de las 60 ya defendidas. Durante ese período, 15 países latinoamericanos tuvieron alumnos cursando medicina social y 4 eran procedentes de España. No constituye nuestro objetivo analizar la contribución teórica de los trabajos realizados por los alumnos en sus tesis, pero se verifica que la diversidad de temas y la manera como fueron abordados, hicieron importantes aportes a la trayectoria de la medicina social. Esto obviamente es reflejo de las propias líneas de investigación desarrolladas a partir de 1977 por el personal docente, y que tuvieron cuatro líneas principales: proceso de trabajo y salud, crisis económica y salud, estado y políticas de salud, situación de salud y ámbito regional actualmente sustituido por condiciones de vida y salud).

En relación a Brasil, la enseñanza de postrado *latu sensu*, en lo que ha venido llamándose Salud Colectiva, incluía en 1987 23 programas de residencias, con cerca de 180 plazas en primer año; 30 cursos de especialización, totalizando 850 plazas, y las Maestrías y Doctorados, compuestos por 11 cursos, y que ofrecían entre 60 y 80 plazas anuales. En una caracterización general, las residencias son destinadas a los recién egresados de los pregrados de las áreas de salud, especialmente los médicos, y se distribuyen por todo el país, aunque se concentraron en la región Sudeste. Los cursos de especialización se ofrecen preferencialmente al personal vinculado a los servicios de salud y se destinan a la formación de sanitarios de las áreas específicas en Salud Pública como: Educación, Farmacia, Veterinaria. Los cursos de maestría y doctorado se destinan a formar personal para el ejercicio de la enseñanza e investigación. Además de esos cursos, existen 20 cursos especiales, con aproximadamente 300 plazas, y en ellos están incluidas áreas como Ingeniería Sanitaria, Administración y Planificación de Salud, Epidemiología, Salud Materno-Infantil, Odontología Preventiva y Social y Medicina del Trabajo, entre otras (39).

Los datos anteriores muestran que los programas de postgrado que tiene como punto de referencia principal la Medi-

cina Social, vienen presentando un expresivo desarrollo, y no constituye objetivo en este momento analizar todos los cursos. Tomaré como referencia para una visión de conjunto de la incorporación de las ciencias sociales en ese programa un trabajo realizado en 1982 (40) y un estudio sobre el postgrado, **stritu sensu**, o sea aquellos cursos que conducen a maestría-doctorado (41), realizado en 1987. Marsiglia y Rossi (40), analizan 31 programas de cursos e investigaciones y 50 docentes, cubriendo en la ocasión 80% de todos los cursos de Salud Colectiva. Se recuerda inclusive, que en esa investigación se incorpora la expresión "salud colectiva", para significar el proceso de trabajo y de producción de recursos humanos que se realizan en distintos centros de formación: facultades de medicina, escuelas de salud pública. Según el análisis de Paim (42), esa expresión procura superar las diferencias existentes entre los centros de formación "en la medida en que elaboran y aceptan un marco teórico común" y ponen en evidencia "nuevas estrategias de formación de recursos humanos, afines a los servicios de salud".

Los programas de ciencias sociales, en relación con los cursos de maestría-doctorado constituyen disciplinas y son relativamente autónomas. A pesar de llevar distintos nombres, se las puede caracterizar en su conjunto como Sociología de la Salud. Se observa que, además de las áreas específicas, los temas de ciencias sociales aparecen en otros programas de los cursos.

Los cursos de salud pública analizados en el informe citado designan a sus programas como ciencias sociales y aparecen bajo los nombres más variados. Según el análisis realizado, buscan una adecuación al área a que se refieren, por ejemplo, ciencias sociales aplicadas a la salud pública, fundamentos sociales y culturales de la salud pública. En los cursos ofrecidos por las Secretarías de Salud se observa una tendencia a establecer aproximaciones "al nivel local, a las realidades y a las propuestas alternativas de carácter general vigentes en las políticas de salud". Si, por una parte, existe un mejor conocimiento de la realidad brasilera, por otra, se da "una menor intensidad del esfuerzo teórico-conceptual en el sentido de

consolidar, clarificar o fundamentar teóricamente las afinidades entre el instrumental sociológico y el campo de la salud”.

Finalmente, otra categoría de cursos se refiere a la residencia en medicina social. Los estudiantes de esos cursos son médicos, a excepción de la Residencia en Salud Pública y Medicina Social de la Escuela Nacional de Salud Pública Fundación Oswaldo Cruz que es multiprofesional. Al igual que en los cursos de licenciatura y doctorado, aquí también se presentan los programas como disciplinas. Estas, a su vez, presentan una gran diversidad de denominaciones. En esos cursos se puede descubrir una “preocupación” centrada en el ejercicio de la medicina, indicando frecuentemente que el instrumental de campo puede conducir a una reflexión crítica de dicho ejercicio, y, en segundo lugar, a la búsqueda del fundamento de la determinación social del proceso salud-enfermedad”.

Datos recientes sobre Brasil, 1986, (41) apuntan que el país cuenta con 10 cursos de maestría y doctorado, de los cuales tenemos informaciones sobre 8. De estos, sólo tres son exclusivamente a nivel de maestría, siendo los demás de maestría y doctorado. No existe una uniformidad en las denominaciones de los cursos, (Salud Colectiva, Salud Comunitaria, Salud Pública, Medicina Preventiva y Medicina Social). Se verificó, en relación al elenco de las disciplinas, dos tendencias: una de ellas estructurada en el ámbito de los conceptos clásicos de salud pública, y otra, incorporando de forma clara la dimensión social en el campo de la salud colectiva. Queda evidente que en el primer caso hay una relación de externalidad del análisis de lo colectivo frente al fenómeno salud-enfermedad, en cuanto en el segundo caso la incorporación se da al interior mismo del objeto de estudio. Como consecuencia se tiene que, en la primera vertiente las ciencias sociales son reducidas a las ciencias de la conducta, instrumentalizadas para medidas de intervención en aspectos restringidos de la acción, y en la segunda, sin perder la dimensión de la práctica, las ciencias sociales tienden a componer el interior mismo del proceso del conocimiento de forma dialéctica (41). Esa dicotomía ha sido superada en los programas desarrollados por la Escuela Nacional de Salud Pública de Río de Janeiro.

En relación a otros países de América Latina, contamos con informaciones más detalladas de Ecuador, Venezuela y Cuba. Sintéticamente trataremos de presentar algunos aspectos importantes sobre ellos. Campaña (43), después de situar de manera bastante clara el contexto histórico que llevó al surgimiento de nuevas corrientes médico-sociales en el Ecuador, analiza el papel desempeñado por las principales instituciones que intentaron implementar medidas y soluciones en el área de la salud. Así, "La Universidad Ecuatoriana, jugaría, obviamente, un papel muy dinámico en el proceso de aprehensión objetiva de la realidad y en la búsqueda de alternativas de soluciones. Las facultades de Ciencias Médicas y su institución coordinadora, la Asociación de Facultades Ecuatorianas de Medicina (AFAME), concentrarían los más valiosos esfuerzos por mejorar la estructura académico-científica y su alcance social desde fines de los años 60". La intención inicial de crear en los años 70 un instituto ecuatoriano de investigaciones médico-sociales no logró concretarse, y solo más tarde el Ministerio de Salud llevaría adelante la iniciativa, transformando el Instituto Nacional de Nutrición en Instituto de Investigaciones Nutricionales y Médico-Sociales. En 1982, con el apoyo del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social y la Organización Panamericana de la Salud, se concretizó la creación del postgrado de Investigación y Administración en Salud.

Fue a partir de las posiciones del materialismo histórico y dialéctico que el grupo de Ecuador desarrolló importantes trabajos en los que algunas categorías fueron retomadas como claves. El sujeto social, la reproducción social y la clase social constituyeron los conceptos más destacadas para la elaboración de un pensamiento social en la epidemiología. Como anota Campaña, el desafío era "incorporar la dialéctica como método rector de la epidemiología, sin renunciar a la matemática, a la estadística y a la demografía, y adaptando estas últimas a la naturaleza social del objeto trabajo en el cual han sido especialmente importantes los aportes de Breilh y de Granda (44).

Sin duda este grupo de estudiosos encontraría en el Centro de Estudios y Asesoría en Salud - CEAS - el ambiente adecua-

da para la realización de proyectos de investigaciones, donde el énfasis en el perfeccionamiento teórico-metodológico ha traído excelentes contribuciones para el conocimiento de los problemas de salud ecuatorianos.

El desarrollo de las Ciencias Sociales en Venezuela tuvo, de un modo general, la misma trayectoria de otros países latinoamericanos, o sea, la puerta de entrada fué a través de los Departamentos de Medicina Preventiva y Social, en la década del 60. Castellanos (45), que realizó un análisis de la situación de las Ciencias Sociales en su país, señala que el Seminario realizado en 1976 sobre Metodología de las Ciencias Sociales aplicadas a la salud bajo los auspicios de la Universidad Católica Andrés Bello y con la colaboración de la Organización Panamericana de la Salud, fue fundamental pues permitió una revisión de la metodología de investigación. Recuerda también que poco tiempo después se abre en el CENDES (Centro de Estudio del Desarrollo), en la Universidad Central de Venezuela, el área de Salud. Dicha institución se dedicaría fundamentalmente a la investigación y docencia en planificación, y concretizó más tarde la idea de un curso sobre Política y Planificación en Salud. Además de ese curso se citan también las actividades desarrolladas por el CEVES (Centro Venezolano de Estudios de Salud); los cursos monográficos sobre el Proceso Salud-Enfermedad y sobre Salud-Trabajo, en la Universidad de Carabobo. También se debe señalar que a partir de 1983 ocurren varias tentativas de rediseño curricular en las Facultades de Ciencias de la Salud de la Universidad Central de Venezuela (Caracas), de la Universidad "Francisco de Miranda" (Coro); en la de Odontología de UCV y en la de Odontología de la Universidad del Zulia, donde la participación de los abordajes de las Ciencias Sociales han sido importantes.

En relación a Cuba (46), el curso de maestría en Salud Pública contempla dos módulos teóricos y uno con prácticas de terreno que se ocupa de la elaboración de trabajo de terminación de la tesis. Los dos primeros módulos se denominan Salud y Sociedad y Servicios de Salud. El primero incluye: Semana Introductoria, Medicina Social, Métodos Estadísticos,

Estadística de Salud y Población, Metodología del Conocimiento Científico, Higiene y Epidemiología, Práctica Integral I (Diagnóstico de Salud en una comunidad). El segundo módulo tiene la siguiente composición: Educación para la Salud, Administración de Servicios de Salud, Economía y Planificación de Salud, Investigación de Operaciones y Computación, Práctica Integral II (Investigación de las principales características del Sistema Nacional de Salud en una Provincia).

Con lo anterior, intenté describir la inclusión de las Ciencias Sociales en los esquemas de enseñanza, tanto en el pregrado como en el postgrado, relatando inclusive algunas experiencias nacionales. Sin duda, la vertiente pedagógica es básica, para entender cómo a partir de los años 60, lo social, a través de algunas disciplinas, como la Sociología y la Antropología Social, llega a las escuelas médicas y procura romper la hegemonía del abordaje biológico. Esto no fue una tarea fácil, tanto así que pasadas algunas décadas aún continúa inconclusa. Obviamente, hay situaciones que favorecen esas inserciones, especialmente cuando ocurren cambios radicales en los sistemas de enseñanza y de salud, condicionando un mejor aprovechamiento de las posibilidades ofrecidas por los marcos teóricos, metodológicos y aplicativos de las Ciencias Sociales. Como ya señalé en trabajos anteriores en relación al pregrado, "Pueden mencionarse muchos factores que impidieron la mayor expansión y penetración de los cursos de ciencias sociales. Sin duda, ha habido logros pero debe señalarse por ejemplo la persistencia de la misma

orientación en muchas facultades que insisten en la especialización y glorifican los valores técnicos y científicos de las disciplinas básicas y clínicas. Inclusive cuando se incorpora lo social en las exposiciones, muchas veces no pasa de ser una simple variable en un esquema de factores multicausales. Más aún, no incorpora objetivos políticos y sociales en el ejercicio profesional. Al incorporar las finalidades tecnocráticas y racionalizadoras del estado capitalista, relega las posibilidades críticas ofrecidas por las ciencias sociales" (31). No se puede negar que muchos cursos fueron fundamentales para una concientización de los estudiantes al transmitirles un conjunto de datos y análisis sobre las precarias condiciones de salud y de asistencia a la salud de grandes contingentes de poblaciones. Hay muchos otros aspectos positivos que son difíciles de evaluar.

Sin duda, fue a través de los cursos de postgrado que se logró un notable impulso al desarrollo teórico en ese campo, como también en la formación de docentes e investigadores.

La Medicina Social como práctica teórica: La Producción Científica

Introducción a los estudios sobre Producción Científica

En América Latina una de las más recientes áreas de estudio es la que se relaciona con la recopilación, descripción y análisis de la producción científica, especialmente en el campo de la salud y más reciente aún en el campo de las Ciencias Sociales en Salud. Ha sido observado que en los países latinoamericanos la recolección de datos sobre ciencia y tecnología se inició en los años 70, siendo el punto de partida el trabajo desarrollado en América Central y Panamá, y que se extendió en 1979 a otros países latinoamericanos (47). García, quien orientó la realización de ese estudio, ya había resaltado anteriormente algunos puntos fundamentales en lo que se refiere al desarrollo de las investigaciones en salud en América Latina, cuando analizó el período que va desde 1880-1930. En ese trabajo García presenta una periodización en la historia de las instituciones de salud, que marcaron claramente las transformaciones ocurridas en relación a las prácticas de salud, las investigaciones y sus articulaciones con la estructura socio-económica. La transcripción de un texto de García explica de forma sucinta la cuestión "Los cambios en las instituciones de la salud reflejan los cambios en la estructura social, y lo mismo parece ocurrir con la investigación científica en salud". Según el autor:

"De 1880 a 1930, surge la investigación bacteriológica y parasitológica ligada a los problemas de la pro-

ducción agroexportadora. De 1930 a 1950, se desarrolla la investigación básica y clínica conectada con el crecimiento hospitalario impulsado por la industrialización. A partir de 1960, y especialmente de 1979 se observa un renacimiento de la medicina tropical consonante con el nuevo interés por la producción agroganadera y los estudios sobre los servicios de salud, impulsados por la necesidad de racionalizar el sector, frente a la disminución de los gastos estatales en salud".(1)

Como veremos a continuación, fue justamente en esa tercera fase (1960) que se evidenció la preocupación de tratar las cuestiones de salud con un enfoque de los factores sociales, acontecimiento que se había iniciado tímidamente en los años 50. El inicio de esa preocupación y su desarrollo no irán a ocurrir de forma homogénea en todos los países de América Latina, pudiendo observarse claramente las diferentes orientaciones temáticas, teóricas y metodológicas asumidas por los investigadores.

Antes de referirnos a esa producción, es conveniente recordar los estudios que han tratado de recuperarla de forma sistemática. La recolección de esa producción fue iniciada en 1966, cuando Badgley y Schulte (48) realizaron los primeros levantamientos bibliográficos en que, según sus autores, reflejaban el estado de "una especialidad que está en los umbrales de un rápido incremento". En el inicio de los años 80, Badgley, Bravo, Gamboa y García organizaron una de las revisiones más completas: la **Bibliografía Latinoamericana de Ciencias Sociales aplicadas a la Salud** (49). Posteriormente, en 1983, elaboré un amplio ensayo sobre "Tendencias y Perspectivas de las Investigaciones en Ciencias Sociales en Salud en América Latina: una visión general" (50).

Ambos trabajos se refieren a la producción en el período de 1950-1979. En 1987, concluí la **Bibliografía Latinoamericana de Ciencias Sociales aplicadas a la Salud; 1980-1985** (51), ampliando los levantamientos anteriores.

Por otro lado, también se destacaron, especialmente en el

período de 1980-1985, algunas revistas que publicaron tanto en América Latina como fuera de la Región no solamente números especiales, sino también artículos diversos sobre la salud en América Latina. Citaré: **Social Science & Medicine**, Vol. 15 d, No.4, 1981, dedicado a la investigación en Geografía Médica; Vol. 17, No. 17, 1983, con algunos estudios de casos de países latinoamericanos, con énfasis en aspectos culturales de la enfermedad; Vol. 19, No.3, 1984, número especial sobre Antropología y la Atención Primaria de la Salud, en países subdesarrollados y que incluye algunos artículos sobre países latinoamericanos; Vol 21, No. 1, 1985, trae contribuciones diversas sobre salud y ciencias sociales. También en el número especial sobre perspectivas marxistas en medicina social, Vol. 28, No. 11, 1989, son reproducidos trabajos de investigadores latinoamericanos sobre epidemiología social y salud ocupacional. Otra publicación que incluyó contribuciones latinoamericanas fué el **Internacional Journal of Health Services**. Entre las publicaciones brasileras, la **Revista de Administração Pública**, de la Escuela Brasileira de Administración Pública de la Fundación Getulio Vargas, dedicó tres números especiales al tema de la salud. El primero fue el Vol. 13, No. 14, 1979, que publicó los trabajos del seminario que tuvo como tema la función del Estado en el desarrollo de los servicios de salud. El segundo, Vol. 17, No.5, 1983, publicó artículos, debates y conferencias del I Curso Internacional de Política y Administración de Salud para América Latina y el Caribe. El tercero, Vol. 19, No. 1, 1985, con artículos que tratan los aspectos político-organizacionales de la administración pública para el sector de salud. Entre otros números especiales publicados en México destacaré: en 1976 la **Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales**, Vol. 84, y en 1981, Volumen 106, y **Estudios Sociológicos de El Colegio de México**, Vol 2, Nos. 5 y 6, de 1984. En ese volumen se examina la acción estatal en materia de salud en Argentina, Brasil, México y Chile, respectivamente. También se presentan reseñas de obras que representan diagnósticos críticos de la situación de salud en América Latina. Recientemente se publicó la compilación de trabajos del Taller/Seminario que tuvo lugar en Lima, Perú, Enero 27-30, 1987, con el título de "Aplicaciones de las Ciencias Sociales

en Programas de Salud", en el No. 1 del **Sparkman Center Series in International Health**, 1988.

Cuando se citan las publicaciones que se dedican a los aspectos sociales de la salud, se verifica que todavía existe una necesidad muy grande de canales especializados para la divulgación de la producción. Existen inmensas lagunas en los programas editoriales en esta área, notándose también que la producción no publicada, constituida por tesis, informes de investigación y documentos diversos ha quedado bastante restringida en términos de divulgación. Algunas publicaciones no son especializadas en los temas abordados, pero publican artículos y colaboran en el área de Medicina Social de forma positiva. Pueden citarse entre las publicaciones importantes de la Organización Panamericana de la Salud: **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana y Educación Médica y Salud**. En 1980 la OMS inició la publicación del Foro Mundial de la salud - **Revista Internacional de Desarrollo Sanitario**. En Argentina, los **Cuadernos Médicos Sociales**; en Cuba, la **Revista Cubana de Administración de Salud**; en Costa Rica, la **Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud**; en Brasil, los **Cadernos de Saúde Pública**, de la Fundación Oswaldo Cruz - Escuela de Salud Pública; la **Revista de Saúde Pública**, de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de San Pablo; la **Revista Saúde en Debate**, y los **Cadernos do Instituto de Medicina Social de la Universidad Estatal de Río de Janeiro**. En Chile los **Cuadernos Médico Sociales**. Infelizmente la **Revista Latinoamericana de Salud**, de México, tuvo solamente dos números editados, en 1981 y 1982, pero prosigue la publicación de **Salud Problema**. En Colombia **Investigación y Educación en Enfermería**. Recientemente han empezado a editarse entre otras: **Salud y Pueblo**, en República Dominicana; **Salud y Cambio en Chile**; y **Salud, Problema y Debate**, en Argentina.

En todos los trabajos de revisión, la preocupación ha sido siempre actualizar las informaciones al máximo, pero los hechos ya señalados y las propias limitaciones en el intercambio de las informaciones, me llevaron a considerar que no son levantamientos completos, aún cuando son utilizadas fuentes

informales (trabajos no publicados). En ese sentido, la cita de las palabras que están en la Introducción de la *Bibliografía Latinoamericana 1950-1979*, me parece bastante oportuna: "Como toda publicación de este tipo, pensamos que esta dista de ser exhaustiva, pero, sin embargo, creemos que es una muestra representativa importante de la cantidad, calidad y tendencia fundamentales que ha tenido la producción latinoamericana en este ámbito. Su utilidad reside por lo tanto, en servir, por un lado como una infraestructura básica para el desarrollo de investigaciones y, por otra, para que los distintos centros e investigadores puedan visualizar, más allá de su propia área y país de estudio, el carácter y las tendencias de la producción científica en el campo de las Ciencias Sociales y salud en América Latina" (49)

En este análisis de la producción científica adoptamos una clasificación dividiéndola en cuatro grupos temáticos (también denominados categorías en el texto): medicina tradicional, servicios de salud, proceso salud-enfermedad, formación de recursos humanos. Esta es la clasificación utilizada en la primera *Bibliografía Latinoamericana de Ciencias Sociales aplicadas a la salud: 1950-1979*, actualizada para el período 1980-1985 con la finalidad de hacer algún tipo de comparación y una continuidad en el trabajo. Pienso que esta clasificación no limita las posibilidades de profundizar el trabajo analítico de la producción científica. Recuérdese también que el criterio para la inclusión de referencias fue inicialmente amplia incluyéndose tanto los trabajos realizados por científicos sociales como por investigadores en salud que habían utilizado variables sociales en sus investigaciones.

Análisis Cuantitativo de la Producción Científica

Desde el punto de vista cuantitativo, y conforme a las cuatro grandes categorías utilizadas en la clasificación de la producción científica, (ver tabla 2), pudo notarse que hubo un considerable aumento a partir de fines de los años 70. Así, en

la década del 50, la producción reunida no alcanza 200 referencias, pero, en los años 60 se eleva hasta cerca de 500, y llega a más de 1000 entre 1970-79. Los cinco primeros años de la década del 80, superan esa producción llegando hasta 1086. Este crecimiento evidente presentará comportamientos diferentes al analizar las subcategorías. Se observa que la **Medicina Tradicional**, que en los años 50 presentaba el mayor porcentaje de referencias, conserva en la década siguiente esa posición, aunque, en término de porcentaje haya disminuido, pasando de 44.0 % a 35.55%. Cederá tal posición en la década del 70, y en el 80-85 para los **Servicios de Salud y Proceso Salud-Enfermedad**. Durante todo el período de 1950-1979, la categoría denominada **Formación de Recursos Humanos** se situará en último lugar y sólo del 1980-85, asumirá el 3er. puesto, dejando en último lugar, la Medicina Tradicional. Resumiendo: de 1950-1985, en un total de 2.749 citas bibliográficas, los servicios de salud, ocupan el primer lugar con 36.3% de la producción científica; el proceso de Salud-Enfermedad viene en segundo lugar con 32.2%, la Medicina Tradicional, presenta un saldo de 18.4% y la Formación de Recursos Humanos para la Salud, 13.% (Véase Tabla 2).

T A B L A 2

DISTRIBUCION DE LAS REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS DE LA "BIBLIOGRAFIA LATINOAMERICANA SOBRE CIENCIAS SOCIALES APLICADAS A SALUD", SEGUN CUATRO CATEGORIAS DE TEMAS Y FECHA DE PUBLICACION PERIODO: 1950 - 1985

CATEGORIAS	AÑO PUBLIC.	1950 -1959	1960-1969	1970-1979	1980-1985	TOTAL
Medicina Tradicional		74 44,0	158 33,5	213 20,8	51 5,6	506 18,4
Servicios de Salud		41 24,4	101 21,4	365 35,7	493 45,3	1000 36,3
Proceso Salud-Enferm.		46 27,4	114 24,1	309 30,2	418 38,5	887 32,2
Formación de Rec. Hum.		07 4,2	99 21,0	116 13,3	114 10,6	357 13,0
TOTAL		168 100,0	472 100,0	1023 100,0	1086 100,0	2749 100,0

FUENTE: Pujado (1979-1979 - Bogotá, Bava, Gaitan, Otero (4))
Pujado (1982-1985 - Nueva G.)

Análisis Temático de la Producción Científica

Es interesante, comprobar como se distribuyen los contenidos temáticos en las diversas categorías. En relación a la **Medicina Tradicional** se verifica que es campo privilegiado de la Antropología. Menéndez (52) en su análisis del desarrollo de la Antropología Médica en América Latina apunta que las bases metodológicas y teóricas se constituyeron entre los 40 y 50, con fuerte influencia norte-americana. En ese período puede detectarse la preocupación en describir y analizar valores, actitudes y patrones culturales dentro de cuadros de referencia relacionados con la polarización rural-urbana, secular-sagrado, mágico-científico, racional-irracional. De esta manera se podrían conocer las barreras que existían para la comunicación y difusión de las medidas de salud. De una manera general, la diversidad de temas en la antropología médica es muy grande: aspectos mágicos de cura, plantas medicinales, curanderos, prácticas alternativas, uso de drogas alucinógenas entre los indígenas, y los primeros estudios sobre representaciones de salud entre las poblaciones (53).

En la interpretación de Menéndez (52) la propuesta teórica de los años 50 y 60 es la de un "funcionalismo integrativo". Según el autor "debe subrayarse que fue la versión antropológica del funcionalismo cultural la que se conectó con los organismos de salud latinoamericanos y no el modelo parsoniano, que sólo fue manejado a nivel bibliográfico pero sin incidir en la práctica directa de los servicios, por lo menos en este período."

La introducción de nuevos abordajes en los estudios antropológicos, como la utilización de la fenomenología ocurre en los años 70 principalmente con el objeto de conocer mejor las representaciones sobre salud y enfermedad. De otro lado, se procura analizar la lógica del discurso popular sobre la enfermedad, como en el caso de la investigación de Montero (54). En ese trabajo la autora afirma "La idea central que orienta nuestro abordaje de las representaciones populares de la enfermedad es que las producciones culturales de las clases subalternas no se oponen como un todo coherente a la cultura dominante, puesto que no constituyen sistemas simbólicos autónomos, enteramente independientes, en su elaboración de las leyes que rigen la producción de la cultura hegemónica". Para la autora, la producción dominante sirve como referente para la elaboración del discurso popular. También en los estudios más recientes se ha procurado comprender mejor los llamados "agentes de curas populares" en espacios urbanos dominados por las prácticas médicas oficiales (55). El replanteamiento de algunas investigaciones sobre representaciones se hace juntamente con la preocupación de entender las causas atribuidas a las enfermedades: sentimientos negativos oriundos de otros individuos o del propio individuo; por un pariente muerto o por Dios, por un desequilibrio entre el individuo y su ambiente. El concepto caliente y frío vuelve a tener aplicación en la elucidación de las representaciones (56). En el campo de las representaciones es importante el estudio realizado por Loyola (57) en un municipio del Estado de Río de Janeiro sobre los servicios de salud, representaciones y prácticas populares. La autora procura a través de "la oposición socialmente constituida entre la "cura del cuerpo" y la "cura del espíritu" analizar las estrategias usadas por los especialistas cuando intentan imponer un tipo de representación sobre la enfermedad así como de los sistemas de tratamiento más adaptados a sus intereses en la conservación y ampliación de su clientela".

Otros trabajos que pueden ser citados en el estudio de las representaciones con enfoque antropológico pero con énfasis en la enfermedad mental fueron realizados por Alves (58) y Duarte (59). En el primero con datos de una población "fave-

lada” en un barrio de Río de Janeiro y el segundo trata del concepto de persona entre las clases trabajadoras urbanas desde sus representaciones, discurso y prácticas sobre las perturbaciones físico-morales. El concepto de “nervioso” es el núcleo básico para comprender el de persona, estudiado tanto desde el punto de vista histórico como etnográfico.

Algunos autores, como Estrella (60), realizaron un detallado estudio sobre la Región Andina, previéndose una reactivación de tales estudios, especialmente por el interés del Estado en aplicar para sus propios fines algunos aspectos de la medicina tradicional. Una visión general de la medicina tradicional en América Latina, puede ser encontrada en el trabajo de Goldwater, quien analiza en la parte referente a la teoría y terapia humoral, las categorías calor y frío como reacciones básicas, y sus proyecciones en relación a la salud. Trata de los métodos de diagnóstico y la utilización de plantas, y sintetiza algunas ideas sobre el espiritismo en Brasil (61). Dentro de la tendencia más reciente, pueden ser encontrados algunos trabajos que procuran estudiar la integración de la medicina tradicional en la estructura histórico-social de cada una de las sociedades donde esta práctica es importante (62).

De las 1002 referencias reunidas en la categoría **Servicios de Salud**, en el Cuadro 2, se verifica que 5 subtemas presentan en forma decreciente los mayores porcentajes: medicina y sociedad (25.3%), medicina estatal (13.7%), análisis histórico (12.8%), y programas de salud (12.4%). Los otros subtemas: medicina privada, medicina preventiva, atención secundaria y terciaria, insumos para la salud, mercado de trabajo, conducta de la población frente a los servicios de salud e investigación en salud, presentan porcentajes menores de 5%.

En el contenido general de la clasificación **Medicina y Sociedad**, se encuentran las publicaciones teóricas y metodológicas relacionadas a la forma de vincular la práctica médica con la práctica social. Lo que se destaca en esta producción, a partir de la segunda mitad de los años 70, es que gran parte de los estudios tuvieron como base teórica un enfoque histórico-estructural. Esta posición teórica se desencadena a partir

del momento en que se reconoce la fragilidad, imperfección y fragmentación con que venían siendo analizadas las relaciones salud y sociedad.

En esta área temática hay una gran riqueza y variedad de temas que son analizados generalmente con profundidad. Pueden ser citados, como ejemplo, los análisis sobre la medicina preventiva; medicina comunitaria; prácticas médicas que se sitúan más allá de sus propias determinaciones internas, en sus bases histórico-sociales, relacionándolas con las demás prácticas sociales; sobre los límites de la epidemiología basada en el positivismo; estudios de los discursos institucionales, elaborados en América Latina que se refieren a las políticas de salud (63).

A partir de los años 80 en diversos países latinoamericanos, principalmente Argentina, Brasil, México y Venezuela, continúan apareciendo importantes trabajos que en muchos aspectos amplían los análisis anteriores no siendo rara la utilización de cuadros conceptuales más elaborados. Se privilegian las relaciones entre la estructura socioeconómica y los servicios de salud; el rol del estado en las políticas de salud; los determinantes sociales de la planificación; la crisis del modelo médico; la medicina social, tanto teórica como históricamente reciben atención, así como el rol de las Ciencias Sociales en su desarrollo (64). Sin duda, los propios condicionantes estructurales y políticos demarcan claramente una dirección en los estudios con énfasis en las políticas sociales. En ese sentido, la producción procura destacar puntos de importancia. Entre otros, el trabajo de Eibenschutz (65) llama la atención en que hay diferencias muy claras entre países como Brasil, Chile y México cuando se analiza la cuestión del Estado. Según la autora en México la práctica médica es generada por el Estado y no "intervenida" por él. Para ella la práctica médica no sólo se articula con el Estado sino que hace parte de su hegemonía—otros trabajos que tratan de la relación Estado-salud fueron clasificados en la categoría Medicina Estatal.

Un subgrupo de temas titulados **Análisis Históricos**, mantiene estrecha relación con la categoría anterior. En el caso

de los estudios aquí agrupados, se verifica que tratan de investigaciones sobre países, regiones y tipos de prácticas, y tienen una dimensión temporal más amplia. Desde el punto de vista teórico es considerable la contribución dada a esos estudios por el enfoque histórico-estructural. Citaremos algunos de ellos: el análisis crítico de la investigación sobre servicios de salud en los países latinoamericanos (66) estudios sobre políticas de salud en América Latina (67); cuestiones demográficas y servicios de salud (68). A esos ejemplos pueden agregarse los trabajos que diversos países realizaron sobre la atención médica, la demanda de servicios y la política sanitaria. Se recuerda que Colombia fue el primer país en realizar una amplia investigación sobre las relaciones entre la situación económico-social, la producción de la enfermedad y la utilización de los servicios de salud, en 1965-66 (69). Un buen ejemplo del estudio de la reconstrucción histórica fue realizado en Brasil y trata de los orígenes de la medicina social y la constitución de la psiquiatría (70).

En relación a la **Medicina Estatal**, ha sido señalado que fué durante los años 70 cuando se multiplicaron los estudios sobre la organización de los servicios de salud (71). De ese mismo período es el estudio realizado por García (72) y que analiza la medicina estatal en América Latina de 1880 - 1930. El análisis de las relaciones entre políticas de salud y el proceso de acumulación capitalista es el tema de la tesis de Braga (73). También, dentro de un marco histórico-estructural ha sido analizada la gestión oficial de la salud en Venezuela en el siglo actual (74). Dentro de esa categoría encontramos también una cantidad apreciable de trabajos que tratan de la seguridad social (75).

En el período del 80 al 85 aparecen nuevos trabajos de considerable importancia en las categorías antes señaladas, algunos de los cuales especifican ciertos períodos y temas. Entre otros se citan: las políticas de tuberculosis en el Estado de San Pablo (76); la historia del Ministerio de Salud del Brasil (77); las investigaciones de salud en México (78); el estudio de las políticas de salud en Brasil de 1889 - 1930 (79); informaciones históricas sobre los servicios de salud en Honduras y Pana-

má (80); las instituciones de salud en Brasil (81); el origen de las prácticas sanitarias en el Estado de San Pablo (82), el movimiento sanitario de los años 20 y sus conexiones con los movimientos internacionales (83).

La Atención Primaria y los Programas de Salud representan cada uno el 13.0% del total de la producción en la categoría Servicios de Salud. En cuanto al primer subtema, su presencia en la literatura se debe al amplio movimiento que se desencadenó a partir de la Conferencia de Alma Ata, en 1978 (84). La producción sobre atención primaria es bastante diversificada: establecimiento de un marco conceptual (85); estudio comparativo entre Cuba y Costa Rica (86); el papel del Instituto de Desarrollo de la Salud (Cuba), en la atención primaria (87); participación popular (88).

En los **Programas de Salud** están incluidos temas relacionados con los análisis de programas sanitarios en diversos sectores: materno-infantil, medicina preventiva, medicina integral, salud mental, campañas sanitarias, evaluación de los medios de comunicación en salud.

Como puede verse en el Cuadro 2, algunos subtemas vienen recibiendo menos atención en lo que se refiere a los enfoques que provienen de las Ciencias Sociales. Muchas veces a pesar de que la cantidad numérica es pequeña, la contribución teórica es importante. Me refiero, por ejemplo, a algunos trabajos en el área relacionada con los **Insumos para los Servicios de Salud**. Estos trabajos han analizado los costos, consumo, políticas de medicamentos, industria farmacéutica y los medicamentos como mercancía en términos de su valor de cambio y su valor de uso. Así, Barros (89), apunta que "la cuestión del consumo de servicios médicos no se determina a nivel de las "necesidades" o mejor dicho, a nivel de diagnósticos técnicos de las condiciones sanitarias, sino que se remonta al tema "consumo" y las "necesidades" en el sistema de producción capitalista". También entre los estudios brasileros y dentro de un enfoque materialista-histórico se destacan los trabajos de Giovanni (90) y Cordeiro (91). El primero sobre el consumo de medicamentos y el segundo, sobre "la constitución

del complejo médico industrial del país (Brasil) como determinación fundamental de las prácticas de consumo de medicamentos". El tema de la tecnología recibiría especial atención en los años 80 con el estudio de Banta (92) y de Borini (93) en la Argentina; los importantes trabajos de Conitrot (94) y Rodríguez (95), y, para una apreciación general de las contribuciones de las Ciencias Sociales el estudio de la tecnología, el trabajo de Cordeiro y Tavares (96).

En relación al estudio sobre **Mercado de Trabajo y Profesión de Salud**, deben citarse las importantes producciones argentinas elaboradas en los años 80. Bloch (97) procura abordarlo agrupándolo en tres subáreas: mercado de trabajo y medicina de mercado; demografía médica e investigación médica; e ideología profesional médica. Considera el autor que sólo un abordaje basado en el método histórico-estructural podrá alcanzar un nivel explicativo de la práctica médica y del mercado de trabajo. Otros trabajos del grupo argentino, de la provincia de Rosario, procuran tratar la estructura y la dinámica ocupacional del médico (98); origen social, e investigación en el mercado de trabajo médico (99). En Brasil se destaca el trabajo de Cohn y Donnangelo (100), analizando el ejercicio profesional médico en la gran San Pablo; de Durand (101), que analiza las ocupaciones de salud; Medici (102), con un estudio sobre la fuerza del trabajo médico en la década del 70 y el de Nogueira. (103)

Hay pocos estudios sobre **Conducta de la población frente a los servicios de salud**, destacándose uno en Guatemala (104), una encuesta sobre inmigrantes mexicanos que viven en California (105), y dos realizados en Brasil (106).

Incluimos en la bibliografía, para el período de 1980-1985 un subtema dedicado a las **Investigaciones en salud**. En este ítem aparecen: análisis de la cuestión metodológica, la producción científica de algunas categorías profesionales; la situación de las Ciencias Sociales en Salud en determinados países latinoamericanos; las contribuciones de las disciplinas sociales para las investigaciones en salud; enseñanza e investigación en salud colectiva; investigaciones en servicios de salud; investi-

gaciones epidemiológicas (107). Entre los estudios históricos se destaca el de García (1) quien hace un trabajo minucioso sobre las instituciones de investigación en salud en América Latina de 1880 a 1930.

En la categoría **Proceso Salud-Enfermedad**, el Cuadro 3 muestra que se destacan en ese período estudios que trabajan sobre aspectos sociales de las enfermedades mentales; factores sociales de la morbi-mortalidad; aspectos sociales de la nutrición; desarrollo y crecimiento; las relaciones salud-enfermedad-sociedad; la relación entre el trabajo y el proceso salud-enfermedad.

En el período de 1950-1985, con relación a la **Salud Mental**, se mostró en un trabajo reciente (108) que hubo un gran aumento en la producción, representando el 26.0% del total de trabajos que tratan de los aspectos sociales en el proceso salud-enfermedad. Recordemos que algunos trabajos sobre salud mental y aspectos relacionados, fueron incluidos en otras categorías (por ejemplo 71 trabajos que tratan de drogas y etnopsiquiatría, se encuentran en la categoría de Medicina Tradicional). La producción escrita en español fué de 50.0% seguida por la de portugués, 29.8%; inglés, 19.2% siendo insignificante la producción en francés y alemán. Se destaca en esa producción como tema principal el alcoholismo, tratado bajo los más diversos aspectos: patrones de consumo y actitudes frente al alcohol; factores etiológicos; consumo relacionado a diferentes grupos poblacionales (109). Sin duda el trabajo de Menéndez (110) se destaca como una de las revisiones más cuidadosas sobre el tema. Las drogas también merecieron atención siendo analizadas bajo el aspecto epidemiológico (111). Deben citarse, sin entrar en detalles, como áreas de interés en el campo de la salud mental: estudios epidemiológicos (112), psiquiatría folclórica (105), prácticas alternativas (113), análisis históricos e institucionales (114), y trabajos que de forma amplia analizan las políticas de salud mental (115). Incluiremos también, estudios sobre el suicidio e informaciones sobre las enfermedades mentales y violencia (116).

El segundo subtema de la investigación que realizamos incluye una diversidad bastante grande de trabajos, con el título de **Factores sociales determinantes de la morbi-mortalidad**. Trataremos de dar una visión panorámica del tema, así como algunas transformaciones ocurridas a lo largo del tiempo en lo que se refiere a la metodología y al esquema teórico de referencia. De un modo general hay evidencias de que en determinadas épocas los estudios no hacían una comparación entre las clases sociales, y las principales investigaciones sobre la mortalidad daban énfasis a variables tales como: grupos ocupacionales, escolaridad de la madre y algunos aspectos socio-económicos. Se comprueba, por ejemplo, en la revisión realizada por Troncoso (117) en el que la autora clasifica los estudios sobre la mortalidad infantil en tres grupos: las investigaciones con énfasis demográfico, las de carácter epidemiológico y aquellas que destacan lo social. Las primeras son esencialmente cuantitativas y se iniciaron bajo la influencia de las teorías de la modernización y del neomaltusianismo que se basaron en el esquema de análisis funcionalista. A partir de los años 60, ocurren algunas transformaciones y lo que se destaca es la relación población y desarrollo. Esta preocupación se generaliza llegando hasta concentrar los estudios en los "estilos de desarrollo" y mortalidad. Más tarde se irán a destacar las preocupaciones por introducir un marco conceptual histórico estructural que va a explicar las diferencias regionales de los países y los contrastes urbano-rural de la mortalidad. Los trabajos que tratan de incorporar lo social a los estudios de mortalidad son más recientes, y las tentativas de operacionalizar algunos conceptos, como clase social o fracción de clase lo son aún más. En algunos de ellos ha sido considerada la relación de la mortalidad y los procesos de acumulación capitalista, pudiendo verificarse cómo un abordaje que integra la clase social como categoría analítica, permite comprender mejor ese evento. Como señala Oliveira (118) "la mortalidad, después de todo, es función del consumo y de la fuerza de trabajo. Sus niveles, tasas, coeficientes generales y específicos dependen en último análisis de los niveles de explotación, de la intensidad y brutalidad de la explotación."

Especialmente en el período de 1980-1985, otras líneas de

investigación pueden ser detectadas: la cuestión de la pobreza (119); los procesos migratorios y sus relaciones con la salud (120); la relación entre crisis y salud (121). Desde los años 70 hay también un esfuerzo teórico de comprender los procesos de salud-enfermedad dentro de un marco más amplio, particularmente por las contribuciones de una nueva generación de epidemiólogos con formación en Ciencias Sociales. Para un grupo de investigadores latinoamericanos queda bien claro que “resaltar las categorías básicas - producción y reproducción social - constituye un avance importante. Junto a la redefinición de las técnicas epidemiológicas convencionales es un paso más adelante encaminado a tratar de que la epidemiología no sea solamente un instrumento de diagnóstico, sino que asuma una auténtica dimensión histórica, en la medida en que se constituye en instrumento para la conciencia democrática y la organización popular” (122). Recientemente, Breilh retomaría el tema enfatizando que:

“uno de los principales retos en el momento actual, es el de orientar las potencialidades del materialismo histórico, como pensamiento director, en la asimilación de varias disciplinas que se ocupan de aspectos específicos, para la profundización del conocimiento epidemiológico” (123).

En el área de la **Nutrición**, se observa que van a predominar los enfoques que proceden de la antropología y de la sociología. Hay estudios sobre la desnutrición y sus efectos para el desarrollo físico y mental, así como sobre las creencias y prácticas alimentarias de las comunidades. Se han realizado otros estudios en los que se hace un análisis crítico, sobre las políticas de nutrición (124). En el período de 80-85, se dio especial énfasis al tema de la lactancia materna (125); a las relaciones estructurales de las familias de bajos ingresos y la desnutrición (126); a estudios comparativos de patrones alimentarios (127); y a estudios de desnutrición entre grupos diversos: escolares, migrantes (128).

Dentro de la categoría **Proceso Salud-Enfermedad**, se debe destacar la contribución dada por la subcategoría **Salud-**

Enfermedad y Sociedad. En esta subcategoría se incluyen los trabajos de carácter teórico y metodológico relativos al proceso salud-enfermedad, su concepción y las maneras de abordarlos. Hay algunas revisiones que procuran criticar las investigaciones que han analizado los procesos salud-enfermedad, y sin ser específicamente dedicados a América Latina, ofrecen una opinión bastante interesante, sobre el tema, como el trabajo de Cordeiro y colaboradores (129). Este artículo se elaboró en una época en que los estudios sobre las relaciones de la salud y la enfermedad con la sociedad comenzaban a reformularse nítidamente en algunos países en términos de modelos teóricos para la comprensión de esas relaciones. En esa época (segunda mitad de los años 70), comenzaban a surgir interesantes propuestas dentro de las corrientes teóricas del materialismo histórico. A fines de los años 70, Laurell (130) critica el paradigma dominante que considera la enfermedad como un proceso biológico individual y señala varias posibilidades de entender la relación de la salud con la enfermedad como un proceso social: subraya la naturaleza histórica del proceso y su comportamiento en las distintas clases sociales, proponiendo la construcción de un objeto de estudio que permita analizar la salud-enfermedad como un proceso social y, finalmente, la conveniencia de realizar una discusión sobre la causalidad. Se citan también otras importantes contribuciones provenientes de la epidemiología social en las que se aborda la reproducción social de la fuerza de trabajo y del control social por medio de los servicios de salud (131). En los años 80, trabajos como los de García (132) traerían para esa área una importante reflexión sobre la enfermedad de la pereza y sobre la historia del concepto de fatiga; las relaciones entre trabajo, ciencia e ideología (133); el análisis crítico sobre la historia natural de la enfermedad (134), y un extenso estudio de Rojas Soriano sobre capitalismo y salud (135).

Cerca del 12.0% de los estudios sobre el proceso salud-enfermedad fueron incluidos en la subcategoría **Relaciones entre el trabajo y el proceso salud enfermedad**. Sin detallar esos estudios citaremos los más relevantes: García (136), con un importante estudio histórico conceptual de la categoría trabajo en medicina; un estudio de Laurell sobre las relaciones entre

trabajo y salud en la sociedad mexicana (137); y algunos estudios epidemiológicos sobre la salud ocupacional (138). En la segunda mitad de los años 70 esta categoría tuvo un gran impulso permitiendo una amplia utilización de las categorías del materialismo histórico.

En 1983, Laurell (139) elabora un detallado estudio sobre los enfoques teóricos que hasta ese momento estaban orientando las investigaciones que relacionaban salud-trabajo. Para la autora dos acontecimientos serían los determinantes para la emergencia de esta área del conocimiento: los movimientos de la clase obrera y el ambiente universitario. Señala también que esos enfoques se originan en campos diversos del conocimiento: la medicina ocupacional, la medicina social y las ciencias sociales. La primera enfatiza los riesgos ocupacionales como punto de partida de las investigaciones; la segunda se origina básicamente en la corriente epidemiológica; y las ciencias sociales que hicieron importantes contribuciones especialmente al abordar las condiciones de trabajo de los obreros. Es cierto que cada corriente trae implicaciones diferentes para las prácticas que se desarrollan en relación a la salud del trabajador. La primera, más instrumental, se relaciona fundamentalmente con el conocimiento médico-clínico convencional, la segunda, procura las categorías analíticas y los problemas de la causalidad; y la tercera, dentro del materialismo histórico, se dedica a estudios en los que predomina la preocupación por la organización social, las técnicas, alternaciones y organización del trabajo.

Se puede afirmar que en los años 80 esta categoría presenta una riqueza de estudios y un proceso de crecimiento teórico y metodológico de los más importantes. Infelizmente no podemos citar los 70 trabajos reunidos del 80-85, pero como ejemplo citaremos: la salud ocupacional en América Latina (140); estudios de determinadas categorías profesionales (141); trabajo y salud de la mujer (142), proceso de trabajo y desgaste obrero (143); los accidentes de trabajo (144), las relaciones entre crisis, trabajo y salud (145), ausentismo (146); enfermedades profesionales (147). Se observa que esos trabajos van a ser realizados, principalmente, en México, Brasil,

Chile y Ecuador. Lo anterior constituye sólo un enunciado del tema. Un capítulo de esta obra se dedica íntegramente a tratar en profundidad la relación salud y trabajo en el campo médico-social.

A pesar de su prevalencia y distribución en el continente latinoamericano, las **Enfermedades Tropicales** sólo vendrían a ser abordadas dentro de un esquema explicativo más amplio, en la segunda mitad de la década del 70. Franco (148), al analizar las enfermedades tropicales plantea el hecho de que en el estudio de tales enfermedades todavía predomina el análisis de factores, y que solamente algunos estudios las abordan como procesos. Además en su concepto esas enfermedades deberían llamarse "enfermedades coloniales" pues la denominación de enfermedades tropicales es muy ambigua y no expresa un único concepto, ni desde el punto de vista histórico, ni ecológico y médico. Su contribución principal en este trabajo está dirigida a la malaria dentro de un análisis social y de los problemas teóricos y metodológicos implicados. A partir de los años 80, se observa que algunas enfermedades pasan a merecer mayor interés y que se introduce y destaca en los análisis el concepto de espacio social (149); la enfermedad de Chagas y su relación con la estructura agraria (150); la enfermedad de Chagas y la estructura social (151); la esquistosomosis (152), y el análisis del papel desarrollado por organismos internacionales en relación a las enfermedades tropicales (153) son algunos de los temas abordados.

En relación a las **Enfermedades Crónicas** se citan algunos trabajos que procuran asociarlas a factores socio-económicos. Es el caso de la hipertensión (154) y del cáncer de cuello uterino (155). El interesante trabajo de Goncalves procura analizar la relación entre la investigación epidemiológica de las enfermedades crónicas degenerativas y el contexto de la práctica médica en cuanto una práctica social (156).

Algunas subcategorías presentan una producción escasa pero de importancia en el planteamiento del problema abordado. En el tema de los **Accidentes de Tránsito** se destaca el trabajo de Tambellini (157) que analiza los accidentes como

una fase de consumo, tanto de la fuerza de trabajo como de productos materiales. También por la metodología adoptada, que incluye entrevistas e historias de vida de los conductores, este trabajo difiere específicamente de los estudios epidemiológicos clásicos. Un trabajo reciente desde la perspectiva sociológica, procura observar cómo son vividos los accidentes de tránsito: cómo las personas asimilan las leyes de tránsito, como obedecen las reglas de tránsito, cómo se da el trato con los acontecimientos públicos, y cómo las personas intentan resolver los conflictos generados por las reglas de tránsito público (158). Destacase también un informe de la OMS, de 1984 (159).

En cuanto a las **Enfermedades Infecciosas**, la producción también es pequeña, siendo que en el período de 80-85, se destacó el tema de la vigilancia epidemiológica (160). También se destaca un estudio sobre la mortalidad por tuberculosis, en Río de Janeiro, en el que los autores analizan los datos referentes al período de 1860-1977, relacionando la caída de la mortalidad con los factores económicos, demográficos, sociales y políticos-sanitarios de ese largo período de la historia brasilera (161). Sobre oncocercosis fue realizado un estudio en México y sus relaciones con la organización capitalista de la producción de café (162).

Finalmente, en esta amplia categoría están incluidos los trabajos que se refieren al **Método y Técnicas aplicadas a la salud** que estudian la programación en salud, indicadores específicos, modelos, etc. Se destaca que en la década del 70, hubo una preocupación acentuada por la reflexión teórico-metodológica relacionada con algunos campos del conocimiento como la epidemiología, economía y sociología (163). En este sentido uno de los trabajos básicos para la comprensión de las "corrientes del pensamiento en el campo de la salud" fue elaborado por García (164). En ese ensayo el autor destaca las bases filosóficas del neokantismo, del neopositivismo, del marxismo y de la fenomenología presentes en autores y trabajos orientados al estudio de la medicina. En el campo de la epidemiología, una de las obras más destacadas es la de Breilh y Granda (165) que ofrece los conceptos instrumentales, me-

todológicos y técnicos para el trabajo de investigación, situando las contribuciones de las Ciencias Sociales y las potencialidades del materialismo histórico para el área de la salud.

La categoría **Formación de Recursos Humanos**, incluye la literatura que trata de los aspectos sociales y educativos de la formación y proyección de los recursos humanos en el área de la salud. Agrupamos los trabajos en subtemas a fin de poder apreciar mejor los estudios aquí clasificados.

En el cuadro 4 se verifica que el mayor porcentaje de trabajos se reúne en el grupo que trata del análisis de planes de estudios, introducción de nuevas disciplinas, y de temas relacionados con salud pública, odontología y enfermería, cubriendo el 42.5% de la producción. En las décadas de 50 y 60, la educación médica es motivo de muchos debates y tentativas de reformas curriculares, y así se destacan los temas referentes a la medicina preventiva y social y la introducción de las ciencias sociales. Entre los estudios generales sobre la educación médica se destaca el trabajo de García (12), cuya investigación realizada en 1967 sería publicada en 1972. Posteriormente él mismo escribiría un importante estudio sobre la relación de la medicina y de la educación con la estructura social (166). Se cuenta también con un detallado estudio sobre el marco conceptual de la educación médica escrito por Andrade (167). Cuando en 1983 Nogueira (168) analizó los temas relacionados con el personal de salud y revisando la literatura en el período de 1966-1982 llegó entre otras a las siguientes conclusiones: que habían pocas investigaciones basadas en fuentes primarias de datos; que la preocupación principal era con el currículum y la organización de la enseñanza universitaria, en especial del médico; que comenzaba a ganar importancia la cuestión del personal auxiliar, faltando investigaciones que tratan de la administración de personal, de las ideologías, y de los movimientos profesionales.

De un modo general, ciertos temas como los relacionados con el análisis crítico de la medicina preventiva y social, la

enseñanza en algunas áreas médicas como la psiquiatría y las ciencias sociales estarán presentes en la década del 80, como puede ser constatado en los trabajos de Paim (169), Ramón de la Fuente (170), García y Perera Q. (171), respectivamente. También se puede observar un aumento en la producción de trabajos en el área de enfermería y para no extendernos recordaremos los números especiales de la *Revista Educación Médica y Salud* de 1979-1980 (172), que tratan de diversas experiencias en servicios y docencia en América Latina y los trabajos de Souza (173). Pocos fueron los estudios específicos sobre el estudiante de medicina. Destacamos: el de Nunes (174) en 1976 sobre las motivaciones de la elección profesional, entre estudiantes de una escuela médica brasilera; el de Pereira (175), sobre la especialización, el de Sobral que escribió un estudio sobre las percepciones de los estudiantes de pre-grado y de maestrías del área médica y sobre funciones y conductas específicas de la enseñanza (176); los de Goncálvez, Carvajal y otros (177), sobre las aptitudes de los estudiantes en relación a los aspectos preventivos y sociales de la enseñanza y del ejercicio de la medicina; y con los de Frenk y Bashur (178), sobre la elección de la carrera y el mercado de trabajo.

Perspectivas en la Investigación en Ciencias Sociales en Salud

En el transcurso de este trabajo se puede verificar claramente la vitalidad de las Ciencias Sociales en Salud en América Latina. Son más de 2000 trabajos diferentes en temas, contenido, aspectos teórico-metodológicos y también, en su presentación: ora en densos trabajos de tesis, ora en forma de libros, sin contar con otros documentos de varias especies. En realidad una selección más rigurosa excluiría algunos trabajos, pero todos constituyen una riquísima documentación, imprescindible para conocer los caminos recorridos durante tres décadas y media por las Ciencias Sociales en el campo de la salud. A pesar de la relativa juventud de esta área en el campo mayor de las Ciencias Sociales, esta con una tradición más antigua -recordemos que en 1877 había sido creado el Instituto de

Ciencias Sociales en Caracas, en 1881 la cátedra de sociología de la Universidad Nacional de Bogotá, y más tarde en 1923 se instala en el Brasil la primera cátedra de sociología. En relación a una sociología de la medicina latinoamericana, Mercer (179) señala dos períodos: el de la búsqueda de una identidad teórica (de los años 50 al 75), y el de la identidad y legitimación (de los años 75 al 80). Para esa consolidación, concurren, sin duda, de forma definitiva, la instauración de los cursos de postgrado. Seguramente fue a partir de la crítica situación sanitaria latinoamericana que los estudiosos percibieron que las teorías que buscaban explicar la continua degradación de las condiciones de vida y salud eran insuficientes. Desde 1972, cuando un grupo de estudiosos se reunió en Cuenca, Ecuador (180) se tornó evidente que una sociología médica con bases en el funcionalismo sólo llevaría a una concepción estática de los problemas de salud y a una descripción formalista de las relaciones entre esos problemas y otras esferas de los procesos productivos.

La adopción de un marco alternativo que posibilita “contemplar la explicación del cambio como proceso histórico que permite una conciencia crítica y autocrítica, y la necesidad constante de problematizar sus propias categorías” (180), fué fundamental en la orientación teórica y metodológica de la producción científica, principalmente a partir de la segunda mitad de los años 70. Como señala Laurell (3): “sin embargo la realidad plantea algunos problemas que no se resuelven con el simple pronunciamiento de las reglas del método alternativo (materialismo histórico), sino, que sólo pueden ser dilucidadas en un proceso cuidadoso de investigación”.

Se considera, por lo tanto, que el desarrollo de esta área constituye un proceso en marcha y que inclusive necesita ser perfeccionada en algunos aspectos. Dentro de las categorías adoptadas en el estudio de la producción científica se presentan a continuación algunas sugerencias sobre los principales temas de debate e investigación en el campo de la Medicina Social (181).

I. El área de la **Medicina Tradicional**, constituye un

campo abierto para la investigación, principalmente si tal área es considerada como parte de un proceso histórico común a la sociedad latinoamericana. Esta posición adoptada por estudiosos como Oliveira (182) en relación a la sociedad brasilera y que extendemos a América Latina, es de la mayor relevancia, si consideramos el hecho señalado por la autora cuando afirma: "en ella (medicina popular), pueden ser localizadas las diferentes relaciones de poder existente, bien como el modo como se expresa el enfrentamiento de los intereses políticos consolidados en estas relaciones". Las prácticas populares y sus transformaciones como respuesta a las necesidades de salud tanto en las poblaciones rurales, como urbanas, requieren ser mejor investigadas no sólo a través de algunas categorías (mágico-religiosas, por ejemplo) sino también en sus relaciones con la estructura social y en sus aspectos ideológicos.

- II. Para el área de **Servicios de Salud**, la cual se ha mostrado como una de las más prolíferas en el campo de la investigación, se debe considerar el hecho de que los servicios de salud, por el propio carácter intrínseco que poseen, necesitan ser vistos bajo una perspectiva en la cual los componentes sociales predeterminan los técnicos. Dentro de este enfoque es fundamental que las prácticas de salud se relacionen con otras prácticas económico-político ideológicas.

De un modo general, esta área es amplia, pues se relaciona tanto con las políticas sociales del Estado, como con las formas de organización social de los servicios de salud, no olvidando que abarca también la formación del personal así como el análisis de la participación popular. En una situación de crisis, los estudios en esta área no pueden dejar de lado las cuestiones relacionadas con la reducción de los gastos en salud y la base empresarial adoptada por la transferencia de los financiamientos del sector público al privado. Por otro lado, los procesos de redemocratización de algunos países latinoamericanos y las posibilidades de apertura política, motivaron que se retomaran

temas como la extensión de cobertura y las formas adoptadas por las reformas sanitarias. La reciente reforma sanitaria, en el caso brasilero, necesitará una evaluación y para eso el instrumental de las Ciencias Sociales es básico.

Frente al papel atribuido al Estado - Estado de bienestar y Estado subsidiario - y de sus políticas - distribucionistas o marginales, "una línea de investigación que se impone es el estudio del comportamiento de estas políticas en distintos momentos históricos, en los distintos países de América Latina, y el carácter que asume la asignación de recursos al sector salud y su repercusión en la organización y financiamiento de los servicios" (183).

Otra temática, es la relacionada con el poder considerado por muchos como categoría analítica central y que puede ser dividido en diferentes temas: poder técnico, poder administrativo, poder político y poder como ideología (poder-saber), que se estructuran y se relacionan en función de algunas prácticas específicas.

Sin pretender esbozar todas las posibilidades de investigación en este tema se debe citar, por lo menos, la que se refiere a la tecnología en salud. En 1984, Cordeiro y Tavares (184), señalaron como prioritarios los estudios sobre la estructura y dinámica de los sectores productores de tecnología médica: evaluación de las prioridades para las innovaciones tecnológicas; del impacto de las innovaciones tecnológicas en los diversos sectores de salud; de la eficiencia y efectividad de los procedimientos tecnológicos específicos, así como el análisis de las relaciones de la tecnología con la organización social de la práctica médica y sus consecuencias frente a las necesidades de salud de la población, con énfasis en el análisis del proceso de capitalización de la medicina".

III. El abordaje del **Proceso Salud-Enfermedad**, que viene siendo enriquecido en los últimos años con la metodología derivada del materialismo histórico tiene todavía por delante una serie de problemas teóricos para ser resueltos. Es probablemente en esta área, que la inter-

disciplinaria entre las ciencias biológicas y sociales tendrá que enfrentar los mayores desafíos ya que: "hay una diferencia esencial entre plantear el proceso biológico humano como un fenómeno natural y postular que, aún siendo un proceso biológico, asume formas históricas específicas" (3). Laurell deja claro que existen dos formas de relacionar lo social: por un lado, que los procesos sociales dan origen a una determinada constelación de riesgos que se expresarían en un determinado perfil de mortalidad, y por otro, la forma que enfatiza que el proceso salud-enfermedad, "no sólo está socialmente determinado, sino que tiene carácter social en sí mismo". En esta segunda teoría hay una "interrelación dinámica entre lo social y lo biológico postulando, sin duda, la subordinación de éste a aquel (3).

La propia clasificación adoptada al subdividir la categoría Proceso Salud-Enfermedad, coloca en evidencia que hay una amplia posibilidad de estudios en esta categoría.

Las perspectivas de estudio se orientarán no solo en relación a las cuestiones epistemológicas, sino que también estarán estrechamente vinculadas a la magnitud y análisis de los problemas de salud. En este sentido, el punto de partida será la demarcación de los procesos económicos, sociales y políticos que caracterizan el período durante el cual se desarrollen los estudios.

En la reunión realizada en Cuenca, 1983, se concluyó que el eje articulador de las investigaciones de las Ciencias Sociales en salud, debería ser la crisis económica y social en que se encontraba el Continente.

Pocos trabajos, hasta esa fecha habían elaborado de forma sistemática las vinculaciones entre la crisis y las condiciones de salud. Laurell (17), en un ensayo que data de 1982, hizo importantes contribuciones al tema. Según la autora, "la actual crisis económica se caracteriza por la tasa de ganancia, pero presenta algunos rasgos nuevos. La característica más sobresaliente es la presencia simultánea de inflación y desempleo, que se

explica por la estructura monopólica del capital". Pollack (185) ya había señalado que entre 1975 y 1980, se podía notar una fase de creciente deterioro de la economía global latinoamericana, marcando el período de menos crecimiento en 30 años. Las consecuencias de la inflación, desempleo y el estancamiento de la economía, señalados por Laurell (17), irán a reflejarse en la pauperización absoluta de las clases trabajadoras; transformaciones profundas en los procesos de trabajo, como resultado de la reestructuración de la industria, con la quiebra de los pequeños y medios establecimientos y la aceleración de la inversión extranjera; reducción de los gastos sociales, y también, la privatización de los servicios de salud (Argentina y Chile). Esa situación tendrá repercusiones a nivel de las luchas populares que se vieron dificultadas. Sin embargo, como escribe Laurell: "no se ha podido derrotar la resistencia popular, que se expresa bajo formas muy variadas y, por necesidad, cada día más políticas".

Fue, por tanto, a partir de los años 80, que se trató con mayor profundidad el tema. Franco A. (18) resalta que en la crisis actual, "el aporte teórico-metodológico de investigadores y trabajadores de la salud de América Latina ha sido especialmente rico, y ha permitido no sólo comprender más globalmente la relación en estudio, sino, principalmente, desagregar su significado en áreas y grupos sociales específicos; y afinar los indicadores más adecuados para la observación de los procesos implicados". Recuerda el autor que el tema estuvo presente en los tres últimos seminarios de Medicina Social, tanto en los latinoamericanos, como en los internacionales.

La agudización de la crisis y la inexistencia de formas más adecuadas para su solución en los próximos años, vuelve a colocar este tema como de fundamental importancia, pues él estaría propiciando la aceleración de procesos tales como el de urbanización y metropolización. En esa situación, la marginalización de elevados contingentes poblacionales, con las evidentes consecuencias de pauperización y deterioro de las condiciones de vida constituyen puntos de partida para estudios que ponen en evidencia las modificaciones en los procesos de salud-enfermedad. Es obvio que esas cuestiones tienen que

ser vistas en dimensiones que especifiquen las transformaciones en los procesos de trabajo, en las condiciones de vivienda, en los patrones de relaciones sociales, y en la distribución del espacio social. Básicamente será a través de las categorías referidas a los procesos de producción y reproducción social, expresados en la diferenciación en clases sociales que se podrán comprender mejor las relaciones de la crisis y los procesos de salud-enfermedad. Continúa siendo importante investigar el impacto de la urbanización y su significado e implicaciones en la salud; el proceso de migración, acelerado por la crisis y como expresión de una estrategia de sobrevivencia, y de sus relaciones con ciertas enfermedades, inclusive las mentales.

Llama la atención la incipiente y promisoría línea de investigación que ha retomado los conceptos ecológicos desde el punto de vista del proceso social. De esa forma, la incorporación del materialismo histórico al análisis del espacio físico, que se transforma en espacio geográfico, al integrar la organización social, permite avanzar en el conocimiento de los distintos modos de producción, distribución y desaparición de determinadas enfermedades.

Ya fue comentado que en los años 80 continuaron apareciendo estudios que trataron de las relaciones entre salud y trabajo. No se trata aquí de desarrollar todos los argumentos que llevaron a estos estudios, pero, se citará por ejemplo, que la crisis económica irá a apuntar para una nueva división internacional de trabajo, tanto en la producción agrícola como en la industrial, cuya principal característica será la heterogeneidad de los procesos de producción. Estos a su vez irán a llevar a la recomposición del proletariado rural y urbano, y a un aumento del desempleo de carácter estructural, no olvidando que esas transformaciones irán a alcanzar los sectores de servicios, comercio y trabajo doméstico. Los reflejos sobre la salud de los trabajadores son evidentes: aumento de los accidentes de trabajo, de las enfermedades profesionales y de las modificaciones de los perfiles de morbi-mortalidad de las poblaciones en edad productiva.

La relación trabajo-salud es sin duda un objeto de estudio

CUADRO 2

TEMAS SECUNDARIOS DE LA CATEGORIA SERVICIOS DE SALUD. REFERENCIAS DE LA "BIBLIOGRAFIA LATINOAMERICANA SOBRE CIENCIAS SOCIALES APLICADAS A SALUD" PERIODO: 1950 - 1985

SUBTEMAS	1950-1979	1980-1985	TOTAL	%
Medicina y Sociedad	94	160	254	25.3
Análisis Histórico	90	38	128	12.8
Medicina Estatal	98	39	137	13.7
Medicina Privada	-	3	3	0.3
Medicina Preventiva	1	5	6	0.6
Medicina Primaria	69	58	127	12.7
Medicina Secundaria y Terciaria	50	12	62	6.2
Insumos para Servicios de Salud	12	28	40	4.0
Programas de Salud	55	69	124	12.4
Mercado de Trabajo y Profesiones de Salud	21	23	44	4.4
Conducta de la Población frente a los Servicios de Salud	19	9	28	2.8
Investigación en Salud*	-	49	49	4.9
TOTAL	509	493	1.002	100.0

FUENTE: Período: 1950-1980 - Badgley, Bravo, Gamboa e García (49)

Período: 1980-1985 - Nunes (51)

Incluido en 1980-1985

privilegiado no sólo para el campo de las ciencias sociales, sino para el desarrollo de esquemas teóricos y metodológicos que irán, seguramente, a permitir aclarar aspectos centrales de la producción social de la enfermedad. Esta relación abre la posibilidad de esclarecer la relación de lo biológico y lo social mediante estudios específicos.

En 1983, Mercer (179) había señalado con mucha propiedad que durante los últimos años la sociología latinoamericana tuvo que tratar un nuevo problema: las consecuencias de la represión. Infelizmente, la relación violencia y salud persiste y continuará siendo objeto de estudio, mientras persistan los factores determinantes de las diferentes violencias en la Región. En la actualidad algunos grupos de trabajo e instituciones vienen desarrollando trabajos teóricos y actividades de divulgación sobre el tema (186). Existe expectativa sobre su expansión y profundización.

Hay realmente una cantidad tan grande de temas y problemas de salud a ser estudiados que se torna difícil enumerarlos. Por eso preferimos el camino de presentar un cuadro general donde las fallas derivadas de la no citación de investigaciones específicas, sean superadas por la tentativa de ubicar la temática del proceso salud-enfermedad a partir de la propia situación problemática y de la crisis enfrentada por los países latinoamericanos no olvidando como recuerda Guilherme Mota "la diversidad de los tiempos histórico-culturales de los diversos pueblos que la componen" (187).

Faltaría comentar dos aspectos referentes a las perspectivas de los estudios: uno relacionado con la Formación de Recursos Humanos y el segundo con la Metodología.

IV. Mi impresión es que el campo de la **Formación de Recursos Humanos** está encontrando sus caminos, y tendrá en los próximos años un desarrollo asegurado por las propias exigencias de las transformaciones que están ocurriendo en relación a las prácticas de salud. En este campo será imprescindible que las investigaciones procuren relacionar las transformaciones estructu-

rales a los procesos educacionales en el contexto de las prácticas de salud, tanto en lo que se refiere a la organización como en la asignación de recursos. Sólo de esa forma será posible comprender el desarrollo de la fuerza de trabajo representada por el conjunto de los trabajadores de salud. El análisis de los llamados equipos de salud, redefinidos a partir del conocimiento de las necesidades y demandas de salud, es básico especialmente en el marco de las reformas sanitarias.

Al hacer referencia a las relaciones presentes en los estudios en el área, tenemos en mente algunas recomendaciones realizadas por Medici (188) que trató el caso brasilero, pero que también, son relevantes para otros países: "Cabe en la formulación de los programas de gobierno, esbozar estrategias donde los recursos humanos en salud estén insertos en una perfecta coordinación técnica con los objetivos de las políticas de salud y de las políticas económicas. Pero, en la definición de estos objetivos, la técnica deberá ceder lugar a la sociedad brasilera encargada de definir, en última instancia, las prioridades sociales".

La importancia de las investigaciones en ese campo quedó claramente establecido en el I Seminario Regional de Investigación del Personal de Salud, realizado en 1986 (189) reconociendo las investigaciones del personal de salud como un "campo", o sea una área de estudios de problemas en sus múltiples determinaciones. En esa ocasión, "se indicó la necesidad de establecer una relación entre trabajo médico y sistemas de salud, y entre estos la sociedad y la economía en general. El esclarecimiento de los rasgos esenciales del mercado de servicios de salud y de la forma como está organizado, es fundamental para el estudio del mercado de trabajo."

Frente a los problemas actuales de recursos humanos, los expertos apuntaron que "La naturaleza compleja de estos problemas de recursos humanos requieren asumir una postura cognoscitiva más integral y analítica." Por tanto, señalaron que constituyen situaciones problemáticas importantes: la relación entre oferta y demanda de fuerza de trabajo; la inad-

cuación entre capacitación y desempeño, la distribución desigual de la fuerza de trabajo; los problemas de empleo y los relacionados con el empleo de la mujer en salud; la migración de profesionales; y los aspectos institucionales y de organización de la fuerza laboral.

No se puede ignorar tampoco que continúa siendo un campo abierto a la investigación, y para el cual el instrumental de las Ciencias Sociales es básico, el estudio de la educación de pregrado y postgrado en Medicina Social. Por otro lado, un estudio global sobre la educación médica, en los moldes de lo realizado por García en 1972 (12), se hace necesario a fin de reevaluar los planes de estudio y la situación y actitudes de estudiantes y personal docente, tanto de medicina como de enfermería, odontología, etc.

De otro lado, cabe destacar los esfuerzos de la OPS en la realización a fines de los 80 de un amplio estudio multinacional con la aplicación de la metodología de análisis prospectivo (190).

V. Finalmente, un punto que se reconoce como de la mayor importancia es el referente a la **Metodología, la Teoría y, la Epistemología** de las Ciencias Sociales en salud. En los dos primeros campos existe una activa pero aún insuficiente producción mientras que en la epistemología referida a este campo del conocimiento el trabajo es aún embrionario. (191).

Apezechea (192), al presentar un trabajo de epistemología señala algunos puntos fundamentales que deberían orientar las investigaciones 1) examinar escrupulosamente los paradigmas efectivamente empleados en la investigación social y evaluar la capacidad explicativa de cada uno; 2) ahondar en la cuestión de la base empírica; 3) buscar un discreto consenso acerca de los diversos caminos de prueba; 4) recordar qué entendemos por describir, explicar, predecir y retroceder; 5) evaluar y vigilar, en sentido bachelariano las cuestiones demarcatorias e ideológicas; 6) tener siempre presente las condiciones socio-históricas de la producción científica, priorizando la práctica teórica.

LAS PRACTICAS SOCIALES

En lo expuesto hasta aquí, parece claro que la Medicina Social es un campo de creación, transmisión y aplicación del conocimiento, en proceso de construcción. Y la práctica del conocimiento es una de las prácticas sociales. Conviene ahora desagregar un poco más las otras áreas en las cuales la Medicina Social se realiza también como práctica social, tales como la política y la organizativa. Dichas prácticas no son independientes, ni se desarrollan linealmente, ni de la misma forma en los diferentes países.

A fin de poder situar el período más reciente - las dos últimas décadas - haremos una revisión sumaria de los períodos anteriores que marcaron la trayectoria del proyecto de la Medicina Social en América Latina como práctica social. De otro lado, procuraremos desarrollar aspectos de la práctica social que se vinculan a la forma asumida por el Estado y también aquellas derivadas de la acción de grupos o de la sociedad civil.

La Evolución de los Servicios Estatales de Salud

En el análisis hecho por García (72) se expone claramente que fué durante las últimas décadas del siglo XIX y las tres primeras de este siglo que se crearon en América Latina órganos de salud de carácter nacional. Según el autor,

“La centralización de los servicios de sanidad se explicaría como parte de un proceso más amplio de

la salud por si misma no forma parte del proyecto colonial y sólo puede ser registrado en el momento en que "la medicina se vuelca sobre la ciudad, disputando un lugar entre los organismos de control de la vida social (70). Considerando así mismo que la salud de la población, especialmente en el combate a la lepra y a la peste y la existencia de algún control sanitario en relación a los puertos, calles, casas y playas, haya sido objeto de atención de la administración portuguesa en períodos anteriores, la transformación del objetivo de la medicina priorizando la salud solo irá a ocurrir en el siglo XIX. Como observan Machado y colaboradores, en el período anterior "el conocimiento en el período de la colonia es colocado como fundamento necesario para una intervención dirigida hacia el aumento de la producción, la defensa de la tierra y la salud de la población (70). Se desarrollan acciones reguladoras, incluyendo las actividades de los cirujanos, creándose las primeras escuelas de medicina. En 1808 en Bahía es creada una Escuela de Cirugía y en Río la cátedra de anatomía en el Hospital Militar, seguida por la de medicina operatoria en 1909. Pero fue en 1829, con la creación de la Sociedad de Medicina y Cirugía de Río de Janeiro, "que luchará de diversas maneras, para imponerse como guardián de la salud pública" cuando se inició la implantación de la medicina social en el Brasil, que lucharía también por la defensa de las ciencias médicas. Desde su fundación se puede observar la influencia que la Sociedad irá a ejercer sobre las decisiones gubernamentales en lo que se refiere a la salud pública. Ella irá a presentar un amplio programa que se extiende desde la higiene hasta la medicina legal, la educación física de los niños, la inconveniencia de los matrimonios precoces. También condenará los entierros en las iglesias, denunciará la carencia de hospitales, establecerá reglamentos para las farmacias, tomará medidas para mejorar la asistencia a los enfermos mentales, denunciará las casas insalubres y repletas de personas, y dará énfasis al saneamiento.

Se destaca que es básico el conocimiento del medio, y la influencia de la teoría miasmática de la enfermedad en el pensamiento médico de aquella época. De un modo general ese conocimiento irá a ser permeado por dos categorías de

transformación de la superestructura jurídico-política del Estado, transformación requerida para que ésta correspondiera con la fase inicial de la implantación del capitalismo y realizada en los países de América Latina por la burguesía surgida de la producción capitalista de materias primas y de productos alimenticios destinados al mercado exterior.”

Por otro lado, agrega que:

“El surgimiento de la medicina estatal fue posible también debido a los cambios que se habían operado en el campo médico como resultado de su vinculación con el proceso de producción capitalista y que la afecta en su conceptualización, en su práctica y en la forma como organiza sus actividades.”

El énfasis que ha dado al papel del Estado en el momento en que el centraliza a través de algunos órganos burocráticos las actividades de salud, sirve para resaltar las diferencias que existieron en relación a las fases anteriores. En ese sentido, García recuerda que durante el período colonial la única instancia existente era para “administrar justicia en relación con las profesiones médicas” y en el período en que las naciones se tornan independientes, las atribuciones en el área de salud quedaron a cargo de los municipios.

La explicación para esta forma de acción, se vincula a la propia configuración del estado “liberal-oligárquico”, incorporando las actividades médicas de acuerdo con sus intereses económicos, y que irán a expresarse a través de la beneficencia pública y de la sanidad. La primera como forma de atender indigentes, pobres y desvalidos en asilos, hospitales, manicomios, institutos para ancianos, ciegos y sordo-mudos; la segunda como “conjunto de servicios gubernamentales ordenados para preservar la salud del común de los habitantes”. Será en el campo de la sanidad en el que el Estado concentrará sus mayores preocupaciones y así durante el período de 1880 a 1930, la medicina estatal podrá ser considerada casi exclusivamente como sanidad estatal. Sólo muchos años después irían

CUADRO 3

TEMAS SECUNDARIOS DE LA CATEGORÍA PROCESO SALUD-ENFERMEDAD. REFERENCIAS DE LA "BIBLIOGRAFÍA LATINOAMERICANA DE CIENCIAS SOCIALES APLICADAS A SALUD". PERIODO: 1950-1986

SUBTEMAS	1950-1979	1980-1985	TOTAL	%
<i>Salud-Enfermedad y la Sociedad</i>	73	48	121	13.6
<i>Factores Sociales Determinantes de la Morbilidad y Mortalidad</i>	69	105	174	19.5
<i>Aspectos Sociales de la Nutrición, el Desarrollo y el Crecimiento</i>	112	45	157	17.6
<i>Aspectos Sociales de la Salud Mental</i>	132	96	228	25.6
<i>La relación entre el Trabajo y la Salud-Enfermedad</i>	36	70	106	11.9
<i>Aspectos Sociales de las Enfermedades Infecciosas</i>	14	10	24	2.7
<i>Aspectos Sociales de las Enfermedades Tropicales</i>	6	26	32	3.6
<i>Aspectos Sociales de las Enfermedades Crónicas</i>	5	4	9	1.0
<i>Aspectos Sociales de las Enfermedades Genéticas</i>	1	2	3	0.3
<i>Aspectos Sociales de los Accidentes de Tránsito</i>	4	7	11	1.2
<i>Método y Técnicas Aplicados a la Salud</i>	22	5	27	3.0
TOTAL	474*	418	892	100.0

FUENTE: Período: 1950-1974 - *Budgely, Brown, Gamboa, García 143*
 Período: 1980-1985 - *Nunes 121*
 Incluyen 9 ref. 3 a.f. y 2 fechadas en 1980.

a ocurrir transformaciones importantes, en la atención médica al ser creados los Ministerios de Salud, muchas veces denominados de Salud Pública o de Asistencia.

En el caso brasileiro, los estudiosos (70) ubican la emergencia de un proyecto de Medicina Social al inicio del siglo XIX, vinculado sobre todo a la higiene pública y medicalización del espacio urbano, proceso ocurrido a raíz de las transformaciones que se impusieron con la transferencia de la corte portuguesa en 1808. Según Machado y colaboradores "la administración portuguesa no se caracterizó por lo menos hasta la segunda mitad del siglo XVIII, por la organización del espacio social con el objeto de un ataque planificado y continuado a las causas de las enfermedades, actuando por eso de modo mucho más negativo que positivo respecto a la salud"(70). El estudio detallado de los documentos, periódicos, cartas, oficios y tesis irá a poner en evidencia que el tema de

análisis: lo natural y lo social. Así "al diagnosticar el desorden urbano, la medicina comprendió que tal desorden era determinado por causas naturales como la situación geográfica en general y los accidentes geográficos (pantanos y montañas) tanto del nivel macrosocial del funcionamiento general de las ciudades, como del nivel microsocia! de las instituciones" (70). De esa forma, el profundo conocimiento sobre la ciudad y el examen minucioso de lo urbano será completado con el análisis de los espacios específicos que representan peligro de enfermedad y de desorden. Se torna imperativo medicalizar las instituciones como hospitales, cementerios, escuelas, cuarteles, fábricas y prostíbulos. Como queda claramente demostrado en el estudio de Machado y colaboradores el proyecto de medicina social que se implanta en el siglo XIX, "tiene como objetivo la transformación de la ciudad principalmente de la Corte, promoviendo sus habitantes libres a individuos saludables y patriotas, perfectos ciudadanos". Concluye destacando que "el proyecto de la medicina social, en el momento de su constitución, no es una medicina del trabajo o del proletariado, sino una medicina urbana" (70).

Estudios de diversos países latinoamericanos, como Ecuador confirman que "la organización del sistema colonial, tuvo una marcada importancia en la determinación del estado de salud colectivo, así como en la práctica médica que se desarrolló. Encontramos que frente al gran deterioro de la salud que amenazaba la existencia de la fuerza de trabajo, base de la economía colonial se construyeron los hospitales de caridad destinados a los menesterosos regidos por la iglesia católica y apoyados por familias acaudaladas" (193). La situación descrita no constituye un hecho aislado sino que se puede encontrar en los países latinoamericanos como la forma inicial de organización de las prácticas hospitalarias.

Así en relación a los primeros treinta años de este siglo se observa que la totalidad de los países latinoamericanos crean unidades administrativas nacionales. Esas unidades reciben distintas denominaciones: como departamentos, servicios o direcciones de sanidad y son incorporadas al Estado a través de ministerios del Interior o de la Salud. Las distintas formas

incorporación pueden observarse en la Figura 1, tomada de García, y en la cual se resalta cómo esas formas se relacionan con la importancia dada por el Estado a la salud en los diferentes países (194).

FIGURA 1		
MODOS DE INCORPORACION DE UNIDADES ADMINISTRATIVAS SANITARIAS EN EL ESTADO DE LOS PAISES DE LA AMERICA LATINA, SEGUN ORDEN DE APARICION		
Ministerio del Interior	Ministerio del Interior	Ministerio del Interior
<p>Consejo Nacional de Higiene</p> <p style="text-align: center;">Consejo Nacional de Higiene</p> <p style="text-align: center;">(fines XIX aprincipios II</p>	<p>Dirección Nacional de Sanidad</p>	<p>Consejo Nacional de Higiene</p> <p style="text-align: center;">Dirección de Sanidad Dirección de Asistencia</p> <p style="text-align: center;">(1907-1969)7</p>
FUENTE: García (194)		

García analiza que la creación de espacios administrativos estatales dedicados a los asuntos de sanidad es posible en "aquellos países que lograron primero crear una producción capitalista alrededor de un producto de importancia para la exportación y en que los grupos dominantes que emergieron de esta producción lograron controlar los organismos del Estado" (194). Las circunstancias señaladas se dieron en Argentina, Uruguay, Brasil, Perú, Bolivia y Ecuador.

La sanidad estatal en los países de Centroamérica y Panamá según García (72) tiene características que los diferencia del resto de los países latinoamericanos. Con la excepción de Honduras, fueron los últimos en crear unidades administrativas estatales encargadas de sanidad. Además en ellos la sani-

dad marítima no constituye el centro sobre el cual se organizó la medicina estatal, siendo fundamental para ello la influencia de organismos norteamericanos. La influencia de tales organismos, señala García “contradice una de las tesis de este trabajo sobre el origen endógeno de las transformaciones del estado, al asignar al imperialismo una influencia preponderante en los cambios de un sector de las mismas” (72). El propio autor señala que la participación de la Fundación Rockefeller, de la Oficina Sanitaria Panamericana, y de organismos estatales norteamericanos no invalida la tesis pues “un análisis más cuidadoso revela que la sanidad estatal, a pesar de presiones e influencias, surge sólo cuando la burguesía interesada en los aspectos de sanidad controla el aparato estatal. Estas burguesías capitalistas agrarias entran en alianza con el capital monopolístico y colaboran con él, no solo a nivel nacional, sino también internacional (como sucede con el apoyo que estos países le prestan a Estados Unidos para lograr la hegemonía en la sanidad interamericana)” (72).

En relación a Cuba, Haití y República Dominicana, la acción del imperialismo se canaliza a través de varias instituciones, garantizando “los objetivos económicos y estratégicos de los Estados Unidos” (72). García traza de forma detallada el desarrollo de la sanidad estatal en esos países durante la ocupación militar de los Estados Unidos en las primeras décadas de este siglo, y que no es posible tratar en esta presentación.

En la periodización hecha por García, se verifica que en el período que va de 1930 a 1950 ocurre en América Latina “el ascenso de la atención médica en su camino hacia el predominio sobre el saneamiento y otras prácticas, que habían sido dominantes en el período anterior (...)” y “el hospital ha de ser símbolo y espacio privilegiado de esta supremacía” (166). También, “La atención médica ha de satisfacer necesidades en forma diferente según el grupo social al cual se dirige: los grupos urbanos medios lo han de hacer a través de la práctica privada y de la seguridad social, el proletariado mediante los seguros sociales de enfermedad y el ejército industrial de re-

serva, los obreros no especializados o los campesinos a través de la asistencia pública” (166).

Durante el período el Estado toma a su cargo la asistencia al proletariado con la creación de los organismos de seguridad social y para los grupos urbanos marginales la institucionalización de obras asistenciales. Ocurren también, modificaciones en relación a la sanidad que tendrán en los centros de salud su forma de actuación, privilegiando la atención individualizada y la atención preventiva.

Los años 50 - 70

Muchas son las transformaciones en el período de post guerra posibilitadas por una redefinición de las relaciones entre las grandes potencias capitalistas y que tuvo como punto central la hegemonía económica, política y militar de los Estados Unidos. Junto a la expansión económica, ocurrió una intensificación de la producción industrial manufacturera, principalmente en algunos países latinoamericanos como Argentina, Brasil, Chile, México.

Como consecuencia de esas transformaciones se implanta un nuevo modelo de acumulación basado en la sustitución de importaciones. También la ampliación de la participación estatal en el proceso de acumulación al aumentar la productividad de la fuerza de trabajo. Las formas adoptadas para esto son la seguridad social y los programas de saneamiento ambiental en las zonas agroexportadoras. Como recuerda García (166) es en ese período los años 50, que estará en boga el concepto de control. Esta conceptualización se iba a completar en la década de los 70 con nuevas categorías. Como señala García (166): “Hoy en día ya no es suficiente mantener al enemigo en el ghetto: es necesario introducirse en su intimidad. Hoy día ya no se intenta erradicar la enfermedad, el hambre, o analfabetismo, ni tampoco se desea sólo controlar su avance, además se quiere vigilar”.

Volviendo a los años 50, cabe destacar que se asiste también a la progresiva utilización de los antibióticos y técnicas quirúrgicas y la consolidación de la confianza en la atención médica individualizada. Ocurre una visión asistencialista de la salud con el enfoque de la medicina preventiva (se recuerda que los Seminarios definidores de los rumbos de la medicina preventiva para América Latina fueron realizados en la mitad de los años 50).

Los años 50, serán también marcados por las discusiones de las relaciones entre el desarrollo económico y los problemas sociales. En ese período estuvo en boga la explicación causal de la enfermedad basada en el círculo vicioso pobreza - enfermedad, y postulando que se alcanzaría el mismo nivel de salud de los países desarrollados gastando los mismos recursos y montando las mismas estructuras de salud de esos países. Myrdal (195) desarrolla dialécticamente la idea de "círculo vicioso", transformándola en el concepto de "causación circular". Entre los puntos destaca que siendo mayor el conocimiento de la interrelación de los diferentes factores, mayor será la capacidad de establecer medios para maximizar los resultados para el cambio. A mediados de los años 50, la ideología "desarrollista" iría a afirmar que el desarrollo económico traería consigo un mejor nivel de salud. Se comprobará que la meta del desarrollo a través de la aplicación de esas corrientes teóricas no pudo alcanzarse como tampoco una mejoría en los niveles de salud (196). En consecuencia, el impulso de la economía latinoamericana que se observa aproximadamente hasta la mitad de los años 50 sufrirá a partir de ese momento un rápido descenso. Como analizan los estudiosos "El modelo de sustitución de importaciones, basado en un pretendido desarrollo nacional autónomo encuentra sus límites en las propias características del modelo" (16), que fue lo que realmente aconteció.

Los estudiosos de ese período señalaron que el capital extranjero estuvo presente no solo a través de financiamientos, sino también de forma directa en el sector industrial, relegando la producción artesanal a los sectores menos dinámicos y determinando desempleo y subempleo. En lo referente a la

política, se asiste a la caída de algunos gobiernos populares (Perón, Arbens y Vargas), que "fueron reemplazados por gobiernos que posibilitaron, por una parte, la rearticulación y la dependencia en un nuevo nivel con Estados Unidos, y por otra la implantación de medidas "estabilizadoras" y de austeridad al interior de los países" (16). Como consecuencia, hay una disminución del gasto estatal, aumento del desempleo y mayor recesión en la actividad económica. En un momento de "creciente malestar social" el estado y las clases dominantes se sienten extremadamente vulnerables, especialmente por el impacto de la Revolución Cubana.

En los años 60, los países latinoamericanos que caminaban hacia un desarrollo industrial capitalista, reciben "una inversión masiva de capital extranjero, y éste toma los sectores más dinámicos de la economía pero no logra crear el aumento del empleo que esperaban los teóricos del "desarrollismo" para disminuir el cada vez mayor ejército industrial de reserva" (17). Ese período será marcado para América Latina por los acuerdos contenidos en la Carta de Punta del Este. Estos acuerdos "constituyen un real proyecto hegemónico del imperialismo, mediante el cual se proponen reformas para el conjunto de la sociedad de los países latinoamericanos en torno a una ideología de modernización y progreso" (16).

La Alianza para el Progreso, producto de esos acuerdos, tendrá en el incentivo de la planificación económica y social su principal instrumento de acción, y en la política estatal un instrumento importante para el cambio social. El sector salud no quedó fuera de la planificación, pues, siendo parte del sector social (con la educación y la vivienda) iría a merecer atención especial. En ese momento emerge la planificación en salud en América Latina, y en 1963, la primera Reunión de Ministros de Salud, delega a la OPS la responsabilidad de asesorar a los países latinoamericanos en la preparación de los planes sectoriales y en el desarrollo de la metodología para el área de salud. La efectividad de esta medida se dará a través de la metodología conocida como CENDES-OPS, que básicamente proponía reducir la enfermedad y la mortalidad optimizando la designación y administración de los escasos recursos

del sector. No es este el espacio para una discusión de la planificación, pero se señala que a pesar de sus limitaciones - "visión ecologista del fenómeno salud-enfermedad y una concepción economicista y abstracta de los servicios de salud - constituyó el primer esfuerzo globalizador en torno a la problemática de la salud" (16). En la década del 70, cuando ya se había establecido una crítica a esta formulación, los estudiosos irán a presentar una propuesta que aparecerá con la denominación de "planificación estratégica" (197).

En varios países a mediados de los años 60 la situación era bastante precaria, y se iría a agudizar en la década siguiente expresándose políticamente de formas diferentes. Así, Argentina y Perú intentan a comienzos de los años 70 instaurar gobiernos populares y nacionalistas; otros como Chile y Bolivia presentan proyectos de transición al socialismo; en el caso de Brasil, persiste un estado de excepción que venía del golpe militar del 64.

En 1972, cuando se realiza la III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas, se reevalúan las propuestas formuladas una década atrás" (...) nuestro problema consiste en proveer de servicios al 37% de los habitantes que en la actualidad no reciben atención." En este momento la gran meta es garantizar a través de la intervención del Estado la salud como un derecho inalienable para todos los individuos. Se define como importante la extensión de los servicios de salud y la racionalización en el uso de los recursos, que como recuerda Fassler (16), aparecen como aspectos contradictorios en un contexto de crisis fiscal. Además de esto, el tipo de planificación incluye la participación de la población en una propuesta de planificación participante.

En el cuadro general de los acontecimientos de la década del 70, el triunfo de la Revolución Sandinista en julio de 1979 fué de gran importancia. En la perspectiva de la salud, la Revolución Sandinista optó por la constitución de una política sanitaria basada en un Sistema Unico de Salud en el que la participación popular es fundamental. (198).

CUADRO 4

TEMAS SECUNDARIOS DE LA CATEGORÍA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS. REFERENCIAS DE LA "BIBLIOGRAFÍA LATINO-AMERICANA SOBRE CIENCIAS SOCIALES APLICADAS A LA SALUD". PERÍODO: 1950-1985

SUBTEMAS	1950-1979	1980-1985	TOTAL	%
<i>Análisis de Planes de Estudio, introducción de nuevas Disciplinas, Enseñanza de Salud Pública, Odontología, Enfermería</i>	117	35	152	42.5
<i>Formación Médica</i>	39	31	70	19.6
<i>Formación de Recursos Humanos y Planificación</i>	29	21	50	14.0
<i>Estudiantes de Medicina</i>	17	2	19	5.3
<i>Función del Hospital y otras Instituciones</i>	13	3	16	4.5
<i>Diversos Temas</i>	28	22	50	14.0
TOTAL	243*	114	357	100.0

FUENTE: Período 1950-1979 - Badgley, Bravo, Gamboa, García (49)
 Período 1980-1985 - Nurus (63)
 Incluye 1 referencia s.f.

La crisis de los años 80

A fines de la década del 70 la tendencia recesiva de las economías latinoamericanas se acentúa, y hacia 1982 la crisis llega a su punto más agudo. Trabajos como los de Laurell (17), Sepulveda (199), Musgrove (19), analizaron la crisis reciente de América Latina y sus implicaciones para la salud. La inflación, la deuda externa, el aumento del desempleo, el déficit fiscal, son también manifestaciones de la crisis latinoamericana y las consecuencias para la salud, aún, sabiendo de la precariedad de las informaciones y del tipo diferencial de impacto, son bastante evidentes. Entre las consecuencias se citan: la desnutrición - solo 48% de los niños de 5 años pueden clasificarse como "normales" al respecto; la esperanza de vida al nacer es de 63.6 años para América Latina, y de 59,3 años para Centro América; la persistencia de un diferencial en la mortalidad

infantil de acuerdo con los estratos socioeconómicos, y la tendencia hacia una caída en su reducción en los períodos de crisis; aumento de los accidentes de trabajo; aumento en las enfermedades infecciosas y de otras patologías. Llama la atención de los estudiosos de las relaciones entre la situación de crisis y la salud en América Latina que "Como parte de las políticas puestas o impuestas a los gobiernos de la región para enfrentar la crisis, ha habido en general una reducción del gasto público en particular del gasto social y más específicamente del gasto en salud" (16).

Las consideraciones hechas son bastante generales y suscintas y sirven exclusivamente para señalar aspectos comunes de la realidad latinoamericana. La elaboración de trabajos que particularicen cada realidad nacional, se torna imprescindible en la medida en que se puedan contextualizar los procesos económicos, sociales y políticos de cada país. Las tentativas de realizar ajustes y buscar una salida para la situación sanitaria serían desarrolladas a partir del 70. Una de las estrategias empleadas, en especial a partir de 1977 ha sido la de atención primaria sobre la cual existe un interesante debate en la región. (200 - 201).

Sin duda, la formulación que más se difundió en este período, especialmente a partir de 1977, es la atención primaria, cuya Declaración de Principios sería elaborada en el año siguiente en Alma Ata. En septiembre de 1977, la IV Reunión de Ministros de Salud de las Américas formula la propuesta para la Conferencia Internacional de 1978.

Los movimientos sociales

Frente al agravamiento de las condiciones de vida de amplios sectores de la sociedad y la incapacidad de las políticas sociales para darles respuesta satisfactoria, se dio a finales de la década del 70 y comienzos de los 80 el surgimiento de numerosos movimientos sociales. Tales movimientos se organizaron principalmente en el espacio urbano y se constituyeron en fuentes de reivindicaciones de los sectores populares

por servicios sociales, incluyendo salud, vivienda, saneamiento, transporte. etc.

De manera general, como analiza Costa (202), los estudios al respecto de los movimientos sociales han tratado de examinar la naturaleza de las contradicciones resultantes de las políticas sociales excluyentes, ineficaces y predominantemente preventivistas. Como anota el autor, se consideraba el Estado "en el centro de las preocupaciones populares, movilizadas por demandas de servicios públicos y mejores condiciones de existencia."

Otra característica de los movimientos populares es que su movilización ocurrió fuera de los grupos ya organizados tales como los sindicatos y los partidos, reuniendo una población bastante heterogénea. Según Jacobi y Nunes (203), en el mismo momento en que los grupos afirmaban su antagonismo con el Estado, definían las condiciones de su unidad: "Acelerando el desarrollo de nuevos ajustes históricos que podrían adquirir autonomía e independencia y afirmarse como interlocutores políticos fundamentales en la construcción de la ciudadanía". Inclusive en el caso de Brasil, según el análisis de Costa (202), esos movimientos se presentaron como esencialmente autónomos y no institucionales en el momento en que el régimen autoritario, en el período de 1964-1974, restringió las actividades político-partidarias y sindicales. El mismo autor hace referencia a algunos trabajos hechos posteriormente y que llaman la atención sobre la poca eficacia de los movimientos sociales. Tales críticas se refieren al hecho de que los movimientos "no consiguieron establecer formas institucionales de existencia y de relación con el Estado en el sentido de redefinir su papel al interior de la sociedad brasileira" Agrega también que no lograron una posición central en el escenario institucional ni reformular "estatutos, concepciones y prácticas de los partidos políticos y cuerpos legislativos, democratizando la gestión de la cosa pública". Costa desarrolla de manera detallada una reflexión teórica sobre los movimientos sociales que escapa a los objetivos de este trabajo. Pero es importante mantener la idea principal elaborada por él en dos sentidos. El primero en el de que los movimientos sociales actuales,

llamados "nuevos" se caracterizan por ser pequeños espacios de prácticas sociales en los cuales el tema del poder no es fundamental, destacándose entonces el autonomismo y su énfasis en la cultura popular. El segundo referido a la cuestión del Estado como referente principal y a sus relaciones con los sectores populares. Tales afirmaciones cobran importancia en la medida en que, si bien existen múltiples prácticas que pueden considerarse dentro de la temática de los movimientos sociales, en relación al área de la salud son aún muy incipientes los análisis y estudios al respecto.

Pueden incluirse en esa temática general los estudios iniciales de medicina comunitaria, educación en salud y participación popular en salud. Pero es preciso resaltar que tales prácticas se desarrollaron en coyunturas históricas muy específicas, especialmente en la década del 60 y 70, y muchas veces permanecieron más a nivel de discurso que de una práctica real. En especial las prácticas anotadas partieron de iniciativa estatal o de propuestas de organismos internacionales. Lo anterior contrasta con lo ocurrido en los años 80 en los que los movimientos sociales parten principalmente de demandas populares en busca de una distribución más equitativa de los bienes de consumo.

En el campo de la Medicina Social es escasa la literatura sobre el tema de los movimientos sociales (204). Es cierto que ha habido una participación activa de personas vinculadas a la corriente médico-social latinoamericana en diferentes movimientos. No obstante, ni el desarrollo teórico sobre el tema es aún adecuado, ni existe una postura y evaluación coherente frente a tales movimientos.

En 1983 Teixeira (206) advertía que ese era un campo abierto a la investigación más recientemente, y en relación a Brasil, Costa llamaba la atención acerca de la carencia de un desarrollo teórico sistemático sobre el tema. Inclusive el concepto de participación que se viene utilizando en salud en las dos últimas décadas, no ha recibido suficiente sistematización y profundidad (205). Hay esfuerzos al respecto, como el trabajo de Belmartino y Bloch (207) en el que lo abordan dentro

de la atención primaria. Para ellos, el modelo de participación popular en salud dentro de la estrategia de atención primaria, se ubica en la perspectiva de la ideología desarrollista dominante en los organismos internacionales en los años 50. En ese momento frente a la imposibilidad de resolver la crisis fiscal del Estado y el atraso de las comunidades, se propone que “la responsabilidad por mejorar las condiciones de vida de la población carente se traslada del Estado a las comunidades, y el énfasis se desplaza de la transformación de las condiciones estructurales hacia el cambio de hábitos y conductas y al esfuerzo individual” En busca de una reformulación teórica los autores señalan que debe basarse en “la idea de una necesaria integración del concepto de participación popular en la problemática del Estado, la sociedad y la distribución del poder en su seno”. Por cuanto los movimientos sociales incluyen prácticas y políticas que discuten y luchan por la salud como un derecho, su importancia es creciente para la Medicina Social. Un caso ilustrativo al respecto fué la 8ava Conferencia Nacional de Salud realizada en Brasil en 1986, y en la cual a partir de una discusión amplia y democrática se problematizó y redefinió la salud considerándola como el resultado de las condiciones de existencia en una sociedad determinada. Por su validez en diferentes contextos latinoamericanos, considero conveniente citar algunos apartes de su propuesta:

“En un sentido más amplio, la salud es el resultado de las condiciones de alimentación, vivienda, educación, ingreso, medio ambiente, trabajo, transporte, empleo, ocio, libertad, acceso a la posesión de la tierra y acceso a servicios de salud. Es así, antes que nada, el resultado de las formas de organización social de la producción, las que a su vez pueden generar grandes desigualdades en los niveles de vida.”

“La salud no es un concepto abstracto. Se define en el contexto histórico de determinada sociedad y en el momento determinado de su desarrollo, debiendo ser conquistada por la población en su lucha cotidiana.”

“El derecho a la salud significa la garantía, por

parte del Estado, de condiciones dignas de vida y de acceso universal e igualitario a las acciones y servicios de promoción, protección y recuperación de la salud, en todos sus niveles, para todos los habitantes del territorio nacional, llevando al desarrollo pleno del ser humano en su individualidad." (208).

Procesos organizativos internos

En la medida en que el pensamiento médico-social latinoamericano ha ido avanzando y configurando tanto un enfoque alternativo en el campo de la salud como algunas respuestas y propuestas específicas temática y nacionalmente, ha ido requiriendo también de instancias y formas organizativas que le permitieron una cierta corporeidad y organicidad. Además de los proyectos estrictamente académicos - postgrados y maestrías constituidos en los 70 - empezaron a surgir en los 80 formas organizativas que reunían el doble carácter académico (centros de estudio, investigación y asesorías), y organizativo (grupos, núcleos y asociaciones).

En la práctica, a más de los avances teórico-conceptuales ya discutidos, tales formas organizativas han permitido una mejor circulación de la producción e información; una respuesta más orgánica ante problemas o coyunturas nacionales; una mayor aproximación entre investigadores y profesionales del área y la realización de eventos, difusión y debate cada vez más frecuentes.

Son claras las articulaciones de estos procesos organizativos con los procesos políticos sociales más amplios de los países latinoamericanos, tanto así que en los países que vivieron regímenes dictatoriales esos grupos y organizaciones se constituyeron como espacios de resistencia y análisis crítico de la situación y políticas sanitarias. Al mismo tiempo contribuyeron como puentes de transición en el campo de la salud hacia los procesos de democratización configurando inclusive proyectos de reforma sanitaria.

En los países en los que a pesar de no haberse dado procesos dictatoriales, se han vivido intensos procesos de transformación política, tales organizaciones han constituido parte de la conciencia crítica nacional y continental en el campo sanitario.

En Brasil, por ejemplo se fundó el CEBES (Centro Brasileiro de Estudios en Salud) en 1976 cumpliendo importante papel en el debate sanitario. En 1979 es creada la ABRASCO (Asociación Brasileira de Postgrado en Salud Colectiva) con la preocupación básica de ser el organismo coordinador de las actividades de salud colectiva. Habiéndose dedicado inicialmente a las cuestiones de enseñanza, viene realizando continuas discusiones sobre investigación y cumplió importante papel en el momento del debate de la reforma sanitaria y del texto constitucional en el capítulo de la salud (209).

Con un carácter más académico se creó recientemente dentro de la ENSP-Fiocruz, el CESTEHE (Centro de Estudios de Salud del Trabajador y Ecología Humana) que ha venido aportando en los campos de investigación como formación de personal y asesoría a los trabajadores en el campo específico enunciado en su nombre.

En la década de los 80 especialmente después de la 8ava Conferencia Nacional de Salud y con la finalidad de asesorar investigaciones y preparar recursos humanos para la implantación de la Reforma Sanitaria fueron creados diversos núcleos: NESP (Núcleo de Estudios de Salud Pública) en Brasilia; NESCON (Núcleo de Estudios de Salud Colectiva y Nutrición) en Bello Horizonte - MG; NESCO (Núcleo de Estudios de Salud Colectiva) en Paraná. (210).

En Ecuador, desde 1979 se creó el CEAS (Centro de Estudios y Asesoría en Salud) que ha tenido una rica producción teórica y una activa participación en los debates sanitarios y en la formación de personal de alta calificación en salud. Más recientemente se creó el Instituto Juan Cesar García, Fundación Internacional de Ciencias Sociales y Salud.

En el campo de la salud de los trabajadores se han creado grupos de estudios en varios países. ISAT (Instituto de Salud del Trabajador) en Perú y CEST (Centro de Estudios de Salud del Trabajador, en Ecuador.)

Tratando de agrupar sectores vinculados a investigación y trabajo en el campo médico social se han constituido grupos o asociaciones en buena parte de los países de la Región. Conviene enumerarlos: AVEDIS (Asociación Venezolana para el Desarrollo de la Investigación en Salud) en Venezuela; el grupo Salud-Colombia; el GICAMS (Grupo de Investigación y Capacitación en Medicina Social) en Chile; el Grupo de Ciencias Sociales y Salud, en Uruguay; el GES (Grupo de Estudios de Salud), en México y ADES (Asociación Dominicana de Estudios de Salud) en República Dominicana. Tratando de articular los grupos existentes y de estimular la creación de otros, se fundó en 1984 en Ouro Preto, Brasil, la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES). La Asociación ha venido impulsando el desarrollo teórico, el intercambio de informaciones y el incremento de los debates y la más activa participación de sus asociados en la discusión y solución de los problemas de salud desde la perspectiva médico-social. A su vez ALAMES hace parte de la Asociación Internacional de Economía de la Salud que intenta articular los grupos a nivel mundial.

Reflexiones finales

Advertimos al inicio de este trabajo algunas de las dificultades enfrentadas al tratar de sistematizar el área conocida como Medicina Social. Ellas se incrementaron notablemente a lo largo del trabajo, y se ampliaron con los cuestionamientos, las sugerencias y las críticas de algunos estudiosos de este campo del conocimiento. Retomando el texto de este capítulo conviene recordar que la tentativa de reconstruir la Historia de la Medicina Social tomó como eje orientador las prácticas surgidas en torno de un proyecto que la diferenciase esencialmente del saber y de la práctica médica convencionales, delimitándola al mismo tiempo de la Higiene, la Salud Pública y la

Medicina Preventiva. Al respecto se reconocía desde los años 50 de este siglo que el "modelo médico" era insuficiente y que se tornaba imprescindible el recurso teórico y metodológico de las Ciencias Sociales. Esto, por supuesto, sin negar la pre-existencia de prácticas que trataban de vincular la salud, la enfermedad y la sociedad en los siglos XVIII y XIX. Por otro lado, si en el período siguiente a la Segunda Guerra Mundial la atención se concentró en la enseñanza, trayendo al ámbito de la Educación Médica el abordaje de las Ciencias Sociales, es preciso reconocer que el estado ya venía desempeñando su papel desde las últimas décadas del siglo XIX, especialmente institucionalizando órganos de salud.

Obviamente la estrategia de sistematizar el material empírico en función de las diferentes prácticas, no resuelve la cuestión de la periodización, pero puede ayudar a formularla. Pensamos que esta forma de sistematización facilita la comprensión del campo y permite configurarlo como una totalidad. Es casi innecesario repetir que tales prácticas se inter-relacionan pero tienen un cierto grado de autonomía relativa. Tal vez es preciso reafirmar que esas prácticas discursivas se van articulando con prácticas no discursivas. Repensando entonces la cuestión de la periodización, puede decirse que hay **un período pre-medicina social** en el cual las cuestiones se colocan principalmente en el campo de la Higiene, la Salud Pública y la Medicina Preventiva. No se niega en ese momento la preocupación con lo social, pero es aún circunstancial y periférica en los análisis. Este período puede ubicarse en las décadas del 40 y el 50 del presente siglo. Se ha señalado que en tal período se da una especie de naturalización de lo social, y la factorización de la realidad se extiende a la comprensión del proceso salud-enfermedad con el modelo de la "historia natural de la enfermedad". En 1946 cuando la OMS define la salud comprendiendo aspectos biológicos, psicológicos y sociales, se intenta oficializar el enfoque multidisciplinario. Aún criticada "por la insistencia en un ideal inalcanzable" según Sir Aubrey Lewis, o por "la generalidad del término, su historicidad o transhistoricidad y sus implicaciones ideológicas" según Vasco Uribe, tal definición continúa siendo citada y utilizada. La superación de una concepción puramente individualizada y

biologizada de la salud y la enfermedad, y de lo social como meramente externo a tales procesos, expresándose a nivel de individuos o conjunto de individuos, sería un trabajo progresivo que se inicia al final de los años 60.

Puede decirse que el **Segundo período** de la Medicina Social se inicia en los años 70 y estará profundamente marcado por la necesidad de elaborar un marco alternativo que explique la problemática realidad médico-sanitaria del continente. Se postula entonces que la manera de entender esa realidad es reconocer el carácter social del proceso salud-enfermedad. Se afirma también el papel central de las Ciencias Sociales en el análisis de la salud colectiva y se intenta construir un nuevo objeto científico que pueda integrar campos distintos del conocimiento social, biológico y de las demás ciencias básicas de la medicina.

Sin que exista una delimitación rígida entre las fases, se entra en un **tercer período** que se dedica tanto a una reflexión acerca del objeto de la Medicina Social, como a la identificación de los espacios institucionales a partir de los cuales se elabora y practica su discurso: la escuela, el estado y la sociedad civil.

Para tal efecto la revisión y la precisión conceptual se convierten en el centro de atención de muchos investigadores que buscan en las categorías mediadoras los nexos explicativos que no son suficientemente aclarados por los macroanálisis. Hay inclusive estudiosos que rediscuten la inserción político-social de la Medicina considerando que "ciertas concepciones, teorías y categorías, más que médicas o sociales, son biosociales" (211). Nos parece, por lo tanto, que si bien al momento de su surgimiento la Medicina Social trató de delimitar su espacio en relación a otras prácticas y saberes, actualmente se intenta establecer su especificidad, en un contexto de crisis tanto al interior del propio campo como en los niveles económico y político internacional con su necesario impacto en las prácticas políticas de los participantes en la corriente médico-social a nivel internacional. Se ha hablado de crisis interna especialmente al considerar el desequilibrio entre las deman-

das de la realidad teórica y práctica y la capacidad de respuesta de la corriente con un ritmo de producción teórica y formulación de propuestas adecuadas y oportunas.

Sin duda la crisis y su problematización no son exclusividad de la medicina social. Ella penetra otros campos del conocimiento y la discusión de nuevos paradigmas reaparece en los 80. Además, no es posible entender la crisis del conocimiento como un hecho aislado. De hecho en el mismo período, especialmente al final, se han profundizado los análisis críticos tanto de las prácticas político-sociales del capitalismo como del socialismo. Sin ser este el espacio para avanzar en una caracterización de la crisis, conviene señalar que la lectura de la crisis políticas tiene perspectivas distintas si se hacen desde los países de Europa oriental, desde los Estados Unidos y Europa occidental, o desde los países dependientes, incluidos los latinoamericanos.

Sin olvidar lo anterior, una breve referencia a la crisis de la Sociología puede dar elementos para comprender mejor la llamada crisis de la Medicina Social que está exigiendo nuevos avances temáticos, conceptuales y metodológicos y de práctica político-social. Según Ianni (212), quien viene abordando la "crisis de los paradigmas" en Sociología, el debate que creció en las últimas décadas se inició al terminar la segunda guerra mundial. Al citar a T. H. Marshall en la sesión inaugural del London School of Economics and Political Sciences en 1946, señala cómo ese autor estaba preocupado por substituir las teorías globalizantes por la formulación de "puntos de apoyo intermediarios". Para Marshall la sociología debería "escoger unidades de estudio de un espectro manejable, no la sociedad, el progreso, la moral, la civilización, si no estructuras sociales específicas en las cuales las funciones y procesos básicos tienen significados determinados." Según Ianni lo que se criticaba era la "insuficiencia u obsolescencia de las teorías clásicas" tanto por Marshall, como por Mannheim quien propuso los "principia media" o por Merton con las "teorías de alcance medio". Más adelante aparecieron otros críticos tales como Bourricaud, en 1975, con su crítica al "sociologismo" al "hiperfuncionalismo" y al "realismo totalitario"; las de Touraine a los

modelos clásicos, en 1984; las de Giddings a las nociones de capitalismo e industrialismo. Sería extensa la lista de aquellos que analizaron críticamente las teorías y los paradigmas sociológicos, entre ellos: Gouldner, la Escuela Crítica de Frankfurt, y más recientemente, Jon Elster. La cita de Ianni ubica las tendencias de los diferentes cuestionamientos: "Unos se colocan radicalmente en favor de nuevos paradigmas. Otros proponen renovaciones o desarrollos de los clásicos, incorporando ahí contribuciones contemporáneas. Y hay los que reconocen que la creación de nuevos paradigmas no implica necesariamente la descalificación de los otros. Inclusive porque en la historia del pensamiento sociológico, al lado de las oposiciones y rupturas, se registran también convergencias y continuidades. En conjunto, se discuten problemas relacionados tanto con el **método** como con el **objeto** de la Sociología. **Se discuten prioridades o adaptaciones en relación a la inducción cuantitativa y cualitativa, al análisis sincrónico y diacrónico, a la contraposición entre las partes y el todo, a la dinámica y a la estabilidad sociales, a los individuos y a la sociedad, a lo objetivo y lo subjetivo**" (subrayado nuestro). Me parece que, con su especificidad y los problemas que le son peculiares, a la Medicina Social se le pueden aplicar los problemas anteriormente señalados. Existe, por tanto, un amplio campo abierto a los estudios, pues aunque existan algunos sobre la cuestión metodológica y epistemológica, requieren ser ampliados. García (164) se refiere a muchos de ellos al tratar acerca de las corrientes de pensamiento en Medicina, centrándose en las bases filosóficas que podrían fundamentar el análisis en el campo de la salud. También Mercer (179) llamaría la atención sobre el hecho de que, a partir de los años 80, se empezó a priorizar la profundización del conocimiento del propio campo de la Medicina social. Anotaba que al momento de hacer su reflexión - 1983 - en la sociología médica de la región no se mencionaba la "crisis del marxismo", síntoma que ya era frecuente en otras áreas de la sociología y de las ciencias sociales en general. Es importante resaltar que ya entonces Mercer detectaba que estaban ocurriendo transformaciones en el propio tratamiento dado a los problemas médico-sociales" De un análisis de totalidades con un amplio nivel de abstracción, propio de la fase inicial en el cual son evidentes

las restricciones explicativas si se miran retrospectivamente, se pasa a un tratamiento interno de los objetos de estudio." Hay que destacar también que en relación a la Medicina Social, especialmente a sus fundamentos teóricos, desde la década del 70 se inicia una crítica persistente al funcionalismo, cuyos principales puntos fueron tratados en este trabajo. Esto iría a orientar la preocupación de los estudiosos hacia un abordaje que privilegiase la historicidad de los procesos, la determinación socio-económica y las relaciones conflictivas en la salud y en la enfermedad, y en las prácticas médicas. Y aunque los trabajos fueron elaborados dentro de la visión más ortodoxa del materialismo histórico, otros desde entonces adoptaron lecturas que pasaban por Gramsci, Althusser y Balibar. Otros inclusive caminaron por una línea foucauldiana o combinaron las perspectivas marxistas con el análisis del discurso, punto central de los análisis del filósofo francés.

No se trata de retomar ahora un análisis de los trabajos elaborados que sin duda no se logró con la profundidad necesaria cuando se desarrolló el estudio de la producción teórica mediante los grupos temáticos y no por cortes teóricos. La intención era suministrar algunas indicaciones que posibilitasen otras formas de abordaje del material. Lo que se intentó fué presentar las diferentes dimensiones de la Medicina Social, tema que deberá desarrollarse en los próximos años dado que indiscutiblemente su crecimiento dependerá de un trabajo que permita fundamentar y demarcar su singularidad. Una vez más las reflexiones sobre la sociología parecen muy aplicables a la Medicina Social. Los puntos antes señalados por Ianni sirven también en parte para el campo socio-médico. El siempre se refiere a la Sociología como ciencia. Pienso que para nosotros la Medicina social continúa siendo un campo de conocimiento y de práctica dialécticamente relacionadas.

Un primer punto, en consecuencia, es pensar críticamente el campo de actividades: teóricas, pedagógicas, políticas, técnicas y sociales. Un segundo punto es establecer que existe una relación continua entre la realidad que se está investigando y el sujeto que la investiga. Al respecto es muy esclarecedora la cita de Ianni que dice: "Hay todo un complejo exorcis-

mo en toda interpretación, explicación o comprensión de esa realidad. Ella es un ser del cual el sujeto participa en alguna medida por el universo de prácticas, valores, ideas, fantasías. Simultáneamente es un ser en movimiento, modificación, devenir, revolución. Permanentemente desafía al pensamiento como algo conocido e incógnito, transparente y opaco. Estaba en el pasado y está en el presente, igual y diferente.”

Un tercer punto que nos identifica con la problemática de la Sociología es que la Medicina Social, al igual que ésta “es una forma de autoconciencia científica de la realidad social.”

El cuarto punto en común se refiere al desafío de las finalidades prácticas de los estudios. En ese sentido creo que la construcción de una teoría social de la Medicina no es incompatible con la aplicación práctica de sus descubrimientos.

Finalmente, como en la sociología, también en la Medicina Social el sujeto que realiza el conocimiento debe ser visto como individual y colectivo. De esa forma la personalidad no excluye su participación como miembro de un grupo o asociación. Pienso que, en su conjunto, estas observaciones son aplicables al campo de la Medicina Social pero que, como ya se anotó, no cubren toda la realidad de este campo. Siendo un campo interdisciplinario y que intenta entender no sólo las repercusiones sociales en el campo de la salud, si no entender el proceso salud-enfermedad como proceso social, la Medicina Social tiene que enfrentar una cuestión compleja que va más allá de una “adecuación” teórica en el campo de las Ciencias Sociales. Sin duda en este momento de grandes cuestionamientos ante las rápidas transformaciones del cuadro político-social mundial, puede ya preverse que las reformulaciones teóricas y la reubicación de las prácticas políticas van a configurar una **nueva etapa** de la medicina social latinoamericana.

BIBLIOGRAFIA

1. GARCIA, J. C. Historia de las instituciones de investigación en salud en América Latina. 1880-1930. *Educación Médica y Salud*, 15(1):71-88, 1981.
2. GARCIA, J. C. Entrevista Juan C. García. En: NUNES E.D. (editor) *Ciencias Sociales y Salud en América Latina: Tendencias y Perspectivas*. Montevideo, OPS/CIESU, 1986, p. 21-29.
3. LAUREL, A.C. El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina. *Cuadernos Médico Sociales*, 37:43-48, 1985.
4. MENENDEZ, E. El modelo médico dominante y las limitaciones y posibilidades de modelos antropológicos. *Desarrollo Económico*, 24(96), 1985.
5. RODRIGUEZ, M.I. y VILLARREAL, R. La administración del conocimiento. Lo biológico y lo social en la formación del personal en América Latina. *Educación Médica y Salud*, 20(4):429-441, 1986.
6. NUNES, E.D. La Medicina Social en el Brasil: Un estudio de su trayectoria. Presentado en el 4to. Congreso Latinoamericano y 5to. Congreso Mundial de Medicina Social, Medellín, Colombia, julio-agosto, 1987 (mimeo).
7. MERCER, H. La Medicina Social como campo intelectual. Presentado en el 4to. Congreso Latinoamericano y 5to. Congreso Mundial de Medicina Social, Medellín, Colombia, julio-agosto, 1987 (mimeo).
8. AROUCA, A. S. S. O dilema preventivista: Contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva. Campinas, 1975. (Tesis de Doctorado presentada en la Facultad de Ciencias Médicas-UNICAMP), 261p.
9. DONNANGELO, M.C. *Medicina e Sociedade*. Sao Paulo, Pioneira, 1975.

10. PAIM, J. S. Medicina Preventiva e Social no Brasil: Modelos, crises, perspectivas. *Saúde em Debate*, 11:57-59, 1981.
11. OPS. Enseñanza de la Medicina Preventiva y Social - 20 Años de Experiencia Latinoamericana, Washington, D.C., Pub. Científica No. 234, 1976.
12. GARCIA, J. C. La educación médica en la América Latina. Washington, D.C., Pub. Cient. No. 255, 1972.
13. BOJALIL, L. F. y GARCIA, J. C. La Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco - Consideraciones sobre el marco teórico de una práctica universitaria. México, UAM, Rectoría, Xochimilco, 1981.
14. OPS. Aspectos teóricos de las ciencias sociales aplicadas a la medicina. *Educación Médica y Salud*, 8(4):354-359, 1974.
15. LAURELL, A.C. "Presentación" *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, 84:5-8, 1976.
16. FASSLER, C. Planificación-salud y desarrollo. Santo Domingo, SESPAS, 1980, 105p.
17. LAURELL, A.C. Crisis y salud en América Latina. UAM-Xochimilco, 1982, 43 p. (mimeo).
18. FRANCO, A.S. Crisis y salud en América Latina. *Cuadernos Médico Sociales*, 32: 21-32, 1985.
19. MUSGROVE, P. The economic crisis and its impact on health and health care in Latin America and the Caribbean. *International Journal of Health Services*, 7(3):411-441, 1987.
20. BERELSON, B. "Behavioral Sciences". En: *International Encyclopedia of Social Sciences*. New York, Macmillan and Free Press, 2:41-45, 1968;
21. GAETE A., J. y TAPIA P.I. Ciencias Sociales: Una discusión acerca de su enfoque en medicina. *Cuadernos Médico-Sociales*, Chile, 9(2), 1970.

22. **BADGLEY, R.F. y ROBERTSON, A.** Ciencias de la conducta y enseñanza médica en América Latina. En **BADGLEY, R.F. (Editor) Ciencias de la Conducta y Enseñanza Médica en América Latina.** New York, Fundación Milbank Memorial, 44(2): 9-13, 1966.
23. **BADGLEY, R.F. y SCHULTE, M.** Programas de enseñanza de ciencias sociales en las escuelas de medicina de la América Latina. En **BADGLEY, R.F. (Editor) ob.cit., ref. 22, p. 199-210, 1966.**
24. **MOLINA, G. y JIMENO, C.** Enseñanza de conceptos de ciencias sociales en medicina preventiva integrada en clínicas. En: **Badgley, R.F. (Editor) ob. cit. Ref. 22, p. 225-241, 1966.**
25. **COE, R.M.** Teaching Behavioral Sciences in Schools of Medicine: observations on some Latin American schools. **Social Sciences and Medicine, 9:221-225, 1975.**
26. **VILLANUEVA, C.G. Y QUINTANA, S.P.** **Los aspectos sociales de la enseñanza de la medicina en América Latina.** Instituto Mexicano del Seguro Social, 1981
27. **GONZALEZ, C. E. et al.** La enseñanza de la medicina preventiva y social en la carrera de medicina en México. México, Departamento de Medicina Social, Medicina Preventiva y Salud Pública, 1984, 130p.
28. **SALAMANCA, F. y FEO, O.** Educación Médica y revolución. **Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud.** Costa Rica, 18: 129-139, 1981.
29. **INSTITUTO SUPERIOR DE CIENCIAS MEDICAS DE LA HABANA.** Programas de las asignaturas del Plan de Estudio de Medicina, 1988.
30. **CAMPOS, R.Z. y NUNES, E.D.** - O ensino das Ciências Sociais nas escolas profissionais da área de saúde no Brasil. **Revista de Saúde Pública.** S. Paulo, 383-390, 1976.
31. **NUNES, E. D.** Las Ciencias Sociales en los planes de estudio de graduación y posgraduación. En: **NUNES, E. D. (editor)**

- Ciencias Sociales y Salud en la América Latina; Tendencias y Perspectivas**, Montevideo, OPS-CIESU, 1986, p443-472.
32. SANTOS, R.A. et al **Investigação nacional sobre o ensino da Medicina Preventiva** Rio de Janeiro, Programa de Estudos Sócio-Econômicos em Saúde-PESES, s.f.
 33. MEDINA, C.A. Evaluación de los cursos de Salud Pública. En: BADGLEY, R.F. (editor) ob. cit. ref. 22. p.166-174, 1966
 34. VALLEJO, N. y GARCIA, G. El programa de Ciencias Sociales en una escuela de salud pública. En: BADGLEY, R. F. (editor). ob. cit. ref. 22, p. 242-252. 1966.
 35. PAHO - Report of the Advisory Committee on Medical Research Working Group on Research in the Social Sciences. XIX Meeting of the PAHO Advisory Committee on Medical Research, San José, Costa Rica, 9-13-6-1980.
 36. LAURELL, A.C. - Investigación en Sociología Médica. **Salud Problema**, México, 1, 1978
 37. UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA, Maestría en Medicina Social. Programas del Curso, 1977-79. (mimeo)
 38. UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA. Propuesta de modificaciones al Plan de Estudios de la Maestría en Medicina Social-Unidad Xochimilco, 1986 (mimeo)
 39. ABRASCO, Catálogo de Pós-Graduação em Saúde Coletiva-Brasil-1987. Rio de Janeiro, ABRASCO, set. 1986.
 40. MARSIGLIA, R. y ROSSI, S.S. - Caracterização do Ensino, Pesquisa e Recursos Docentes da Area de Ciências Sociais nos Cursos de Pos-Graduacao em Saúde Coletiva no Brasil. En: **Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social**. Rio de Janeiro, ABRASCO, p.62-77, 1983.
 41. COHN, A. y NUNES, E.D. - A Pós-Graduação em Saúde Coletiva: Mestrado e Doutorado. Reunião da

- ABRASCO, Junho-87 (mimeo).
42. PAIM J.S. - Desenvolvimento teórico-conceitual do ensino em Saúde Coletiva. En: **Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil**. Rio de Janeiro, ABRASCO, 1982.
 43. CAMPAÑA, A. - Las Ciencias Sociales en Salud en Ecuador. En: NUNES, E.D. (editor), ob. cit. ref. 31, p. 117-132, 1986.
 44. BREILH, J. y GRANDA, E. **Investigación de salud en la sociedad.**, Quito, Ediciones CEAS, 1982
 45. CASTELLANOS, P.L. - Las Ciencias Sociales en Salud en Venezuela. En: NUNES, E. D. (editor), ob. cit. ref. 31, p. 143-161, 1986.
 46. INSTITUTO SUPERIOR DE CIENCIAS MEDICAS DE LA HABANA. Curso Internacional de Salud Pública - Plan de Estudio, 1988
 47. GARCIA, J.C. - **La Investigación en el campo de la salud en once países de la América Latina**. Washington, D.C. OPS, 1982, 111P.
 48. BADGLEY, R. F. e SCHULTE, M. - Las Ciencias de la Conducta y la Medicina en la América Latina: Bibliografía selecta. En BADGLEY, R.F. (Editor), ob.cit. ref. 22, p.30-54, 1966
 49. BADGLEY, R.F. - BRAVO, G. GAMBOA, C. y GARCIA, J.C. **Bibliografía Latinoamericana sobre Ciencias Sociales aplicadas a Salud**. OPS/OMS, 1980, 648p.
 50. NUNES, E. D. - Tendencias y perspectivas de las investigaciones en Ciencias Sociales en Salud en la América Latina: una visión general. En: NUNES, E.D. (editor) ob. cit. ref 31, p.32-83, 1986.
 51. NUNES, E.D. **Bibliografía Latinoamericana de Ciencias Sociais aplicadas a Saude: 1980-1985**, ops, 1987 (mimeo)
 52. MENENDEZ, E.L. - Aproximación crítica al desarrollo de la Antropología Médica en América Latina. **Nueva antropología**, México, 28:11-27, 1985.

53. Algunos trabajos en esta dirección son citados: CURRIER, R. The hot-cold syndrome and symbolic balance in Mexican and Spanish American Folk Medicine. *Ethnology*, 5(3): 251-263, 1966; CHIAPPE, M. Curanderismo. Universidad de San Marcos, Lima, 1974 (Tesis de Grado); MONTOYA, J. Estructura y función de la brujería. *América Indígena*, 31: 656-575, 1971; Susto revisited: illness as a strategic role. *American Ethnologist*, 1:369-378, 1974; RUBEL A. The epidemiology of a folk illness: susto in hispanic América. *Ethnology*, ULLRICH, A.C. Traditional healing in the third world. *Journal of Holistic Medicine*, 6(2):200-212, 1984; PAGES LARRAYA, F. y otros. Migración y patología mental en la civilización de los chiriguano. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 27(1):15-27, 1981; PERDERSEN, D. E Coloma, C. Traditional Medicina in Ecuador: The structure of the non-formal health system. *Social Science & Medicine*, 17(17):1249-1255, 1983. PERDESEN D. y BARUFFATTI, V. Health and Traditional Medicine cultures in Latin American and the Caribbean. *Social Science & Medicine*, 21(1):5-12, 1985.
54. MONTERO, P. *Da Doença á Desordem: A Magia na Umbanda*. Rio de Janeiro, Graal, 1985, 274p.
55. OLIVEIRA, E.R. *De Doença, Cura e Benzedura: Um estudo sobre o Ofício da Benzedeira em Campinas*. Campinas, IFCH/UNICAMP, 1983, 2 Vol. 476p. (Tesis de Maestría).
56. QUEIROZ, M. de S. - *The social construction of health and illness in Iguape, Brazil*. Manchester, University of Manchester, 1982 (Tesis de Doctorado).
57. LOYOLA, M.A. *Médicos e Curandeiros: Conflito Social e Saúde*. Sao Paulo, Difel, 1984, 198p.
58. ALVES, S.R.P. - *Do outro lado do mundo: Estudo sobre representacao de doenca mental em uma populacao favelada do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro /I.P./UFRJ, 1982 (Tesis de Maestría).
59. DUARTE, L.F.D. - *Da Vida Nervosa; Pessoa e modernidade entre as classes trabalhadoras*. Rio de Janeiro, Museu Nacional /UFRJ, 1985, 660p. 2 Vol. (Tesis de Doctorado)

60. ESTRELLA, E. Las contribuciones de la Antropología a la investigación en salud. En: NUNES E. D. (Editor), ob, cit.ref.31, p.167-182, 1986.
61. GOLDWATER, C. - La médecine traditionnelle en América Latina. In: BANNERMAN, R. y otros (org) **Medicine Traditionelle et couverture des soins de santé.** OMS, Geneve, 1983, p.37-50.
62. ESTRELLA, E. **Medicina y estructura socio-económica.** Quito, Ed. Belen, 1980.
- 63 .Entre los trabajos: AROUCA, A. S. S. - O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva. Campinas, 1975 (Tesis de Doctorado); BREILH, J. La medicina comunitaria: una nueva policía médica. **Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales**, 84:33-56, 1976; DONNAGELO, M.C. F. **Saúde e Sociedade.** Sao Paulo, FM/USP, 1976 (Tesis de Doctorado); GARCIA, J.C. **Medicina Comunitária: Concepto e Historia**, 1975, 21p. (mimeo); GANDRA, D. Consideraciones sobre la naturaleza y dinámica de la práctica médica. **Revista Centroamericana de Salud**, 3:189-197, 1976; NOGUEIRA, R.P. **Medicina interna y cirugía a formação social da prática médica.** Río de Janeiro, UERJ, 1981 (Tesis de Maestría); GONCALVES, R.B. **Medicina e Historia: raízes sociais do trabalho médico.** Sao Paulo, FM/USP, 1979; (Tesis de maestría); BREILH, J. **Economía, Medicina y Política.** Quito, Ed. Universitaria, 1979; MERCER, H. La práctica médica. **Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales**, 84:9-31, 1976; MERCER H. Estados de excepción y políticas de salud en el cono sur: notas preliminares para una caracterización. UAM -X, 1979 (mimeo); WAITZKIN, H. **Medicine, socialism and totalitarianism: lessons from Chile.** *New England Journal of Medicine*, 291(4):171-177, 1974; VASCO U., A. **Salud Medicina y Clases Sociales.** Colombia, Universidad de Antioquia, 1974 (mimeo) Medellín, Ed. Rayuela, 1986, 5a Ed.
64. Algunos estudios en los años 80: ALDEREGUIA VALDEZ-BRITO, J. **Economía de la salud pública: Consideraciones sobre su importancia para el sistema nacional de salud.** **Revista Cubana de Administración de Salud.** 9(1):49-53, 1983; ARAUJO BERNAL, L. **Cuba - Antología de autores Cubanos.** Trad. de P.H. de PAIVA e A. Caetano. Río de Janeiro, Achiamé/CEBES, 1984, 343p.; BELMARTINO, S.

y BLOCH C. La política sanitaria argentina y las estrategias de desarrollo. **Cuadernos Médico Sociales**, 14:5-25. VASCO, U. A. Estructura y proceso en la conceptualización de la enfermedad. Taller Latinoamericano de Medicina Social. Medellín, 1987, p.15-33. 1980; CAPOTE MIR, R. E. - La evolución de los servicios de salud y la estructura socioeconómica en Cuba (1a. parte) **Saude em Debate**, 13:39-47,1981; CAPOTE MIR, R.E. - La evolución de los....(2da.parte) **Saúde em Debate**, 14:51-68, 1982; CARVALHEIRO, J. da R. - La investigación de necesidades de salud en relación con la prestación de servicios. **Cuadernos Médico Sociales**, 34:15-23, 1985; CASTELLANOS, P.L. - Notas sobre el Estado y la salud en Venezuela. **Revista Latinoamericana de Salud**, 1:5-39, 1981; CORDEIRO, H. de A. - As empresas médicas: un estudo sobre as transformações capitalistas da prática médica no Brasil. Sao Paulo, FM/USP, 1981, 313p. (Tesis de Doctorado); FASSLER, C. - Política Sanitaria de la Junta Militar Chilena - 1973-1980. **Revista Latinoamericana de salud** 1, 1981; FORTUNA, J.C. e APEZECHEA, H. -La salud y su contexto en el Uruguay de los últimos años y reseña de la situación de los medicamentos. Montevideo, CIESU, 1984, 16p.; HORN, J.J. Brasil: The health care model of the military modernizers and technocrats. **International Journal of Health Services**, 15(1): 47-68, 1985; LOPEZ A., D. - La salud desigual en México, Siglo XXI, 247p.; MENENDEZ, E. L. La crisis del modelo médico y las alternativas auto gestionarias en salud. **Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud**, 19:65-90, 1981; MESA-LAGO, C. - Health in Costa Rica; Boom and crisis. **Social Science & Medicine**, 21(1):13-21, 1985; NAVARRO, V. (org.) **Salud e imperialismo**. México, Siglo XXI, 1983, 503p; NERI A. Evolución de los sistemas de atención médica en el mundo. **Cuadernos Médico Sociales**, 20:3-15, 1982; NUNES E.D. (org) **Medicina Social: aspectos históricos e teóricos**. Sao Paulo, Global, 1983, 205p. PEREIRA, J.C. de M. A explicação sociológica na Medicina Social. Ribeirao Preto, FM/USP, 1983, 258p. (Tesis de Docencia); TEIXEIRA, S.M. F. Política social e democracia: Reflexoes sobre o legado da seguridade social. **Cuadernos de Saúde Pública**, 1(4):400-417, 1985; TESTA, M. Planejamento em Saude: as determinações sociais. En: NUNES, E.D. (org) **As Ciencias Sociais em Saúde na América Latina; tendencias e perspectivas**. Brasilia, OPAS, 1985, p. 335-367. POLANCO, D.J. -La organización de los servicios de salud En: NUNES, E.D. (ed) ob. cit. ref. 31. p.381-403, 1986.

65. EIBENSCHUTZ, C. - Hegemonía y Salud en el Estado Mexicano. **Rev. Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales**, 106, 1981
66. FASSLER, C. - Hacia un enfoque crítico de la investigación en Servicios de Salud. UAM-X, México, 1978 (mimeo).
67. VARGAS, R. - Health policies in Latin America. **Social Sciences & Medicine**, 13(2):69-73, 1979.
68. BEHM, H.- Demographic growth and health service in Latin America. **Internacional Journal of Health Services**, 9(1), 1979.
69. BADGLEY, R.F. - (Ed) - **Ciencias Sociales y Planeación de la Salud: Cultura, Enfermedad y Servicios de Salud en Colombia**. Fundación Milbank Memorial, 46(2), 1962, parte 2.
70. MACHADO, R. - et al **Danação da Norma: Medicina Social e constituicao da Psiquiatria no Brasil**, Rio de Janeiro, Graal, 1978.
71. DONNANGELO, M.C. - A pesquisa na área da Saúde Coletiva no Brasil. A década de 70. In: **ABRASCO - Ensino da Saúde Coletiva, Medicina Preventiva e Social no Brasil**, 1983, p.18-35.
72. GARCIA, J. C. - La medicina estatal en la América Latina. **Revista Latinoamericana de salud** 1. 1981 e 2, 1982.
73. BRAGA, J.C. de S. A questao da saúde no Brasil: un estudo das políticas sociais em saúde pública e medicina previdenciária no desenvolvimento capitalista. Campinas, IFCH/UNICAMP, 1978. (Tesis de Maestría).
74. CASTELLANOS, P.L. - Notas sobre el estado y la salud en Venezuela, 1978. 55p. (mimeo).
75. Sobre la situación de la seguridad social en Centroamérica véase Numero Especial de la **Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud**. Enero-abril, 1980. Sobre el Brasil véase OLIVEIRA, J. A. de A. e TEIXEIRA, S.M. F. **(Im) previdência social: 60 anos de historia da Previdência Social no Brasil**, Petrópolis, Vozes, Rio de Janeiro, ABRASCO, 1985. COHN, A. **Previdência Social e Processo Político no Brasil**, Sao Paulo, Moderna, 1980.

76. AMADO, A. - Políticas de tuberculose na formacao industrial de Sao Paulo. Sao Paulo, 1985, 135p. (Tesis de Doctorado.)
77. BUSS, P.M.; SHIRAIWA, T. Y MARANHÃO, E. - Ministério da Saúde e Saúde Coletiva: A história de 20 años (1953-1974) **Cadernos de Saude Pública**. Año I, Serie Ensaio No.2, 1980, p.35-55.
78. CARRILHO, G. et al. Las instituciones de salud en México: 1917-1980. **Investigación Médica Internacional**, 11(3):192-200, 1984
79. COSTA, N. - **Lutas urbanas e controle sanitário: origens das políticas de saúde no Brasil**. Petrópolis, Vozes, Rio de Janeiro, ABRASCO, 1985, 124p.
80. KRON, E. Health Care Services in 19th century Honduras. **Social Science & Medicine**. 14A (4):353-356; GUARDIA, C.A. Salud Pública y saneamiento en la zona del Cañal de Panamá: un recuento histórico, 1880-1915. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**, 95(1):62-73, 1983
81. LUZ M.T. **Medicina e ordem política brasileira: políticas e instituições de saúde (1850 - 1930)**. Rio de Janeiro, Graal, 1982, 218p.
82. MERHY, E.E. A emergência das práticas sanitárias no Estado de Sao Paulo. Sao Paulo, DMP/FM/USP, 1983, 143p. (Tesis de Doctorado).
83. LABRA, M.E. - O movimento sanitaria dos anos 20. Da conexao sanitária internacional a especializacao da saúde pública no Brasil. Rio de Janeiro. Fundacao Getulio Vargas - Escola Brasileira de Administracao Pública 1985, 410p. (Tesis de Maestría)
84. OMS/UNICEF **Atención Primaria de Salud**. Informe conjunto del Director General de la OMS y del Director Ejecutivo da UNICEF a la Conferencia Internacional sobre atención primaria de Salud. Ginebra, 1978
85. BUZZARD, S. - Appropriate research for primary health care: an anthropologist's view. **Social Science & Medicine**, 19(3): 273-277, 1984

86. CAMACHO, C, E.M. Modelo metodológico para el análisis de la atención primaria de salud en formaciones económico-sociales distintas. La Habana. Instituto de Desarrollo de la Salud, 1980, 103p. (Tesis de Maestría).
87. CARMONA G., A.: ALVAREZ, J.M. y GARCIA, J.M. - El papel del Instituto de Desarrollo de la Salud en la Atención Primaria. *Revista Cubana de Administración en Salud*, 10(3):189-201, 1984.
88. VASQUEZ O., L.E. - Participación de la comunidad en salud. México, UAM-X, 1980. (Tesis de Maestría); SOTO G. C.M. et al Participação comunitária. *Revista de Administração*, 17(3): 87-99, 1983; SADER, N.M. B. O desenvolvimento da medicina comunitária no estado da Bahia. Salvador, UFBA-MS, 1981, 104p. (Tesis de Maestría); OPS. *Participación de la comunidad en la salud y el desarrollo en las Américas: análisis de estudios de casos seleccionados*. OPS. Washington, D.C., 1984, 91p (publ. Cient. No. 473)
89. BARROS, M.B. A. - Saúde e Classe Social: um estudo sobre morbidade e consumo de medicamentos. Ribeirão Preto, DMP/FM/USP, 1983. (Tesis de Doctorado).
90. GIOVANNI, G. A questão dos remédios no Brasil (produção e consumo). São Paulo, Polis, 1980.
91. CORDEIRO, H. de A. A indústria de saúde no Brasil. Rio de Janeiro, Graal/CEBES, 1980
92. BANTA, D.H. Evaluación de la tecnología médica. *Cuadernos Médico Sociales*, 15:25-32. 1981
93. BORINI, L.M. - Estrategias para la incorporación de tecnología médica. *Cuadernos Médico Sociales*, 29/30: 41-52, 1984.
94. CANITROT, C. H. Tecnología médica: el advenimiento de un cambio radical en la medicina - 1a parte. *Cuadernos Médico Sociales*, 16:21-29, 1981 y 2a parte idem 17:5-15, 1981
95. RODRIGUEZ, T. A.G. - Condicionantes estructurales en el uso y difusión de la tecnología médica. *Cuadernos Médico Sociales*, 19:21-35, 1982

96. CORDEIRO, G. y TAVARES, R. - Las contribuciones de las Ciencias Sociales al estudio de la tecnología en salud. En: NUNES, E. D. (ed), ob.cit, ref. 31, p.335-346, 1986.
97. BLOCH, C. - Los profesionales de salud: ampliando el campo de estudio. En: NUNES, E.D. (ed), ob. cit. ref 31. p.319-334, 1986.
98. BLOCH, C.; QUINTEROS, Z. de T. y BELMARTINO, S. - Estructura y dinámica ocupacional del médico: Rosario, 1978. **Cuadernos Médico Sociales**, no. especial, 1980.
99. BLOCH, C.; QUINTEROS, Z. de T. y BELMARTINO, S. Origen social e inserción en el mercado de trabajo médico. **Cuadernos Médico Sociales**, 16:5-19, 1981.
100. COHN, A. y DONNAGELO, M.C.F. - Condições do exercício profissional da medicina na área metropolitana de Sao Paulo, Departamento de Medicina Preventiva/USP, 1983, 185p.
101. DURAND, J.C. Profissionais de saúde em Sao Paulo: expansão e concorrência entre 1968 e 1983. **Cadernos FUNDAP**, 10:4-23, 1985.
102. MEDICI, A.C. Estrutura e dinâmica da força de trabalho médica do Brasil na década de 70. **Revista de administração Pública**, 19:(2)31-77, 1985.
103. NOGUEIRA, R.P. A força de trabalho em saúde. **Rev. Administração Pública**, 17(3): 61-70, 1983. NOGUEIRA, R.P. Dinâmica do mercado de trabalho em saúde no Brasil. Brasília OPS, 1986, 56p. (Monografías del GAP 1)
104. TONON, M. Concepts in community participation: a case of sanitary change in a Guatemalan village. **International Journal of Health Education**, 23(4), 1980 (suppl.)
105. CHAVEZ, L.R.; CORNELLUS, W.A. y JONES, O.W. Mexican immigrants and the utilization of health services: the case of San Diego. **Social Science e Medicine**. 21 (1):93-102.
106. SOUZA, M.C. G. de. Doenças dos nervos uma estratégia de sobrevivência. **A saúde no Brasil**, 1(3):131-139, 1983; VARELA, Z. M. V. Utilização de serviços de saúde segundo estratos sociais. Salvador, UFBA/MS, 1980, 124p. (Tesis de Maestría).

107. Para una visión general del campo de investigaciones en salud en la perspectiva de las Ciencias Sociales véase: NUNES, E.D. **Ciencias Sociales y Salud en la América Latina: Tendencias y perspectivas**. Montevideo, OPS/CIESU 1986, 491p. Sobre República Dominicana véase Robles C. D. y col. **Tendencias de las Investigaciones en Ciencias Sociales aplicadas a la salud en la República Dominicana**. Santo Domingo, Editora Universitaria, UASD, 1984.
108. NUNES, E.D. - Aspectos Sociais da saúde mental - Notas para o estudo da produção científica sobre o tema (presentado en el Congreso Nacional de Saúde Mental, Campinas, SP, 10-12/06/88.
109. HEATH, D. - Perspectivas socioculturales del alcohol en América Latina. **Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina**. 20(2), 1974; ESTRELLA, E. - Evolución histórica de los patrones de consumo de alcohol en el Ecuador. Memorias, Primer Seminario Nacional de Alcoholismo, Cuenca, Ecuador, 1978; SIMMONS, O. Drinking patterns and interpersonal performance in a Peruvian mestizo community. **Quarterly Journal of Studies in Alcohol**, 20:103-11, 1959, ALVANI, C. F. Aspectos antropológicos do alcoholismo. **Revista Brasileira de psiquiatria**, 5, 1972.
110. MENENDEZ, E. L. Socioantropología del proceso de alcoholización en América Latina, 1970-1980 (1a. parte) **Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina**, 29: 247-256, 1983 y El Proceso de Alcoholización en América Latina: análisis crítico de la producción biomédica y sociológica, 1970-1980, (2a parte) **Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina**, 30: 29-40, 1984.
111. MORGADO, A.F. Dependência de drogas: descrição de uma pesquisa empírica e revisao de algunos aspectos relevantes para a sua prevenção. Sao Paulo, 1983, 287p. (Tese de Doutorado, FM/USP); MORGADO A. F. et al. Epidemiologia da dependência de drogas em grupos populacionais no Brasil. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, 32(5): 281-292, 1983.
112. ALMEIDA, F., N. Cultura e psicopatología: revisao da literatura epidemiológica latino-americana. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, 34(6): 357-364, 1985
113. COUTINHO, D. M. - e ROSSI R., Concepção e práticas

- alternativas em torno da doença mental em um estado do Brasil: o candomblé na Bahia. **Revista Brasileira de Saúde Pública**, 10 (2/4): 136-160, 1983.
114. AMARANTE, P.D. de C. - **Psiquiatria Social e colônias de alienados no Brasil: 1820-1920**. Rio de Janeiro, IMS/UERJ, 1982, 160p. (Tesis de Maestría); CUNHA, M.C. P.O. **Espelho do Mundo-Juqueri, a historia de um asilo**. Sao Paulo, FFLCH/USP, 1985, 244p. (Tesis de Doctorado).
115. MACEDO, M.R.C. - **Políticas de saúde mental**. Departamento de Saúde Coletiva e Nutricao/UFRGN, 1985, 45p.
116. CASSORLA, R.M.S. **O que é Suicídio?** Sao Paulo, Brasiliense, 1984, 102p. BRAVO, L. **Aspectos sociales de la violencia**. **Revista Colombiana de Psiquiatria**, 10(1): 25-36, 1981.
117. TRONCOSO, M. del C. - **Mortalidad infantil: revisando un indicador de salud**. En: NUNES, E.D. (Ed) ob: cit. ref. 31, p.289-303, 1986.
118. OLIVEIRA, F.A. - **A producao dos homens: notas sobre a reproducao da populacao sob o capital**. **Estudos CEBRAP**, 16:17-25
119. ALDEREQUIA VALDES-BRITO, J. - **Estudio de la eliminación de la pobreza critica en Cuba: aspectos de salud**. **Revista Cubana de Administración de Salud**. 10(2):99-104, 1984.
120. ALMEDIA F. N. **The psychosocial costs of development; labor migration and stress in Bahia, Brazil**. **Latin American Research Review**, 17(3):91-118, 1982.
121. Véase referencias Nos. 17,18,19,199.
122. BREILH, J. y GRANDA, E. - **Los nuevos rumbos de la Epidemiología**. En: NUNES. E.D. (Ed.) ob.cit. ref. 31, p.251-263, 1986
123. BREILH, J. - **La epidemiología entre fuegos**. Taller Latinoamericano de Medicina Social. Medellín, Colombia, julio 27-31, 1987.
124. L'ABBATE, S. - **Fome e desnutricao: os descaminhos da política social**. Sao Paulo, USP/FFLCM, 1982, 205p. (Tesis de

- Maestría): ESCUDERO, J. C. - Daños sociales por malnutrición. **Cuadernos Médico Sociales**, 25:5-16, 1983.
125. FIGUEIREDO, I. Aleitamento materno nas classes sociais média e alta. **Jornal de Pediatria**, 50(6):260-262, 1981: GUTIERREZ L. M. Lactancia y desarrollo socioeconómico. **Revista Centroamericana de Ciencia de la Salud**, 18:53-65. 1981
126. GOLDENBERG, P. Organização social e desnutrição em famílias de baixa renda no Município de Sao Paulo. Sao Paulo, Departamento de Epidemiologia/FSP/USP/, 1981, 225p. (Tesis de Doctorado).
127. MARI, S. - Determinantes de hábitos alimentares em crianças de 0 a 4 años. Salvador. UFBA/MS, 1983, 115p. (Tesis de Maestría).
128. ALVARE A., L. OLIVER, P.S. y JORDAN R.J. - Algunos aspectos del desarrollo de los adolescentes. Estudio preliminar en el sector 6 de pediatria del Policlínico docente "Reina". **Revista Cubana de Pediatría**, 54(6):697-708, 1983; BAEZ M., J.M.; JORDAN R.J. e RODRIGUES G.J. - Estándares cubanos y norteamericanos. Resultados comparativos al aplicarlos en una comunidad de un país subdesarrollado.
129. CORDEIRO, H. de A. y otros. Los determinantes de la producción y distribución de la enfermedad. **Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales**, 84: 159-181 1976.
130. LAURELL, A. C. - La salud-enfermedad como proceso social. **Revista Latinoamericana de Salud**, 2:7-25, 1982.
131. LAURELL, A.C. - Algunos problemas teóricos y conceptuales de la epidemiología social. **Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud** 6, pp. 79-89, ene-abril 1977; BREILH, J. Reproducción social de la fuerza de trabajo. I Seminario Centroamericano de Medicina Social, San José, Costa Rica, ene-feb. 1979; OLIVEIRA, F.A. - A Economia da Saúde. Movimento (Jornal) 8(9), 1975; SINGER, A. e outros. **Prevenir e Curar; o controle social através dos serviços de saúde**. Forense Universitaria, Rio de Janeiro, 1978; LAURELL, A.C. "Introducción" In: TIMIO, M. **Clases Sociales y enfermedad: Introducción a una epidemiología diferencial**. Traducción de Mariela Alvarez, Edición Nueva Imagen, México, 1980.

132. GARCIA, J.C. - The laziness disease. **History and Philosophy of the Life Sciences**, 3(1):31-59, 1981.
133. NAVARRO, V. - Trabajo, ideología y ciencias: el caso de la medicina. **Revista Latinoamericana de Salud**, 2:71-101, 1982.
134. QUADRA, A.A. F. - **Viver é resistir: A História Natural da Doença**. Rio de Janeiro, Achiamé, 80p., 1983
135. ROJAS SORIANO, R. **Capitalismo y enfermedad**. México, Folios Ediciones, 1982, 271p. Del mismo autor, **Sociología Médica**, México, Folios Ediciones, 1983, 108p.
136. GARCIA, J. C. - La categoría trabajo en medicina. **Cuadernos Médico Sociales**, 21, 1983.
137. LAURELL, A.C. - Proceso de trabajo y salud. **Cuadernos Políticos**, 17, 1978.
138. CABRAL, J.C. y otros. Estudio sobre salud ocupacional en la producción azucarera. CSUCA, Costa Rica, 1979; CAMPOS, A. y MOVA, E. Estudio sobre salud ocupacional en el sector de la construcción. CSUCA.. Costa Rica, 1978.
139. LAURELL, A. C. - Salud y Trabajo: los enfoques teóricos. En: NUNES, E.D. (Ed.) ob. cit. ref. 31. p.265-287, 1986.
140. MENDES, R. - Salud ocupacional un área prioritaria en la salud de los trabajadores. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**, 93(6): 506-521, 1982.
141. ANGELO, U., A. Proceso de trabajo y proceso de salud en un grupo de trabajadores de la construcción. México, UAM/X., 1981. (Tesis de Maestría); BARRIENTOS, G. La salud de los trabajadores de la salud. **Revista Mexicana de Sociología**, 45(3):877-914, 1983; CARLESSO, E. M. y RODRIGUES, G., del C. Proceso laboral y el desgaste obrero. Caso maquiladora de procesamiento de mariscos en Matamoros. México, UAM/X, 1985, 126p. (Tesis de Maestría).
142. BARROSO, C. Trabalho e saúde da mulher. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, 38 (10): 7-11, 1982. CARDONE, M.A. A disciplina jurídica do trabalho da mulher. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, 8(10): 17-21, 1982.

- 143 LAURELL, A. C. Y MARQUEZ, M. - **El desgaste obrero en México: proceso de producción y salud.** México, Era, 1983, 118p.
144. COHN A. otros. **Acidente de trabalho: uma forma de violencia.** Sao Paulo, Brasiliense, 1985, 158p.: COSTA, M. R. **As vitimas do capital: os acidentados do trabalho.** Rio de Janeiro, Achiamé, 1981, 117p
145. ECHEVERRIA, T., M. - **Crisis, trabajo y salud - Chile - Estudio de caso: 1970-1980.** México, UAM/X, 1982, 111p.
146. NOGUEIRA, D.P. - **Absenteismo-doença: aspectos epidemiológicos.** Sao Paulo, FSP/USP, 1980, 264P. (Tesis de Docencia)
147. NOGUEIRA, D.P. - **Epidemiologia das doenças profissionais. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, 39(10): 22-25, 1982.**
148. FRANCO, A., S. - **Las enfermedades tropicales: del análisis de "factores" al estudio de los "procesos".** En: NUNES, E.D. (Ed.) ob. cit. re.31, p.305-318, 1986.
149. SILVA, L.J. - **Evolução da Doença de Chagas no Estado de Sao Paulo. Ribeirao Preto, DMS/FM/USP, 1981. (Tesis de Doctorado).**
150. CALDAS Jr., A.L. - **Epidemiologia e controle da Doença de Chagas - Relação com a estrutura agrária na Região de Sorocaba-SP.** Sao Paulo, DMP/FCM/USP, 1980. (Tesis de Maestría).
151. LITVOC, J. - **Doença de Chagas e estrutura social: infestação domiciliar e infecção humana em áreas submetidas a ações de controle.** Sao Paulo, DMP/FCM/USP, 1985. (Tesis de Doctorado):
 ELU NETO, E. - **Doença de Chagas em área urbana: avaliação da função cardíaca de trabalhadores industriais e implicações para a atividade laboral.** Sao Paulo DMP/FCM/USP, 174p. (Tesis de Maestría)
152. ANDRE, S.B. - **Aspectos socio-culturais da Esquistossomose Mansoni no Municipio de Sapeacu/Bahia.** Salvador, UFBA/MSC, 1983, 106p. (Tesis de Maestría);
 BARRETO, M. L. **Esquistossomose Mansônica: distribuição da doença e organização social do espaço.** Salvador, UFBA/MSC, 1982, 113p. (Tesis de Maestría).

153. FRANCO A., S. - The Rockefeller Foundation's antimalarial program in Latin America: donating or dominating, *International Journal of Health Services*, 13(1): 51-67.1983.
154. COSTA, E. de A. y otros. Hipertensão arterial como problema de massa no Brasil. *Ciência e Cultura*, 35(11): 1636-1654, 1983; RIBEIRO, M.D. y otros. Prevalência de hipertensão arterial na força de trabalho da Grande São Paulo: influência da idade, sexo, grupo étnico. *AMB-Revista da Associação Médica Brasileira*, 28 (9/10):209-211, 1982.
155. CHAVES, E. y otros. Epidemiologia do câncer do colo do útero. *Jornal Brasileiro de Ginecologia*, 93 (1):33-37, 1983.
156. GONCALVES, R.B. M. - Reflexão sobre a articulação entre a investigação epidemiológica e a prática médica a propósito das doenças crônicas degenerativas. *ABRASCO*, 1985, p.31-86.
157. TAMBELLINI, A. T. Contribuição á análise epidemiológico dos acidentes de trânsito. Campinas, DMPS/FCM/UNICAMP, 1975. (Tesis de Doctorado).
158. DA MATTA, R. - Para una sociología do trânsito. *Jornal - "Folha de São Paulo"* - 10/6/85 a 26/8/85.
159. OMS-Accidentes del tráfico en los países en desarrollo. OMS, Ginebra, 1984 , 38 pg. (Serie Informes Técnicos, No. 703).
160. VONTOBELL, M. - Contribuição para a análise do sistema de vigilancia epidemiológica no controle do sarampo no Municipio de São Paulo. São Paulo FMV-USP, 1985, 165p. (Tesis de Maestría); EDUARDO M.B. de P.O. Sistema de vigilância epidemiológica no Estado de São Paulo: un estudo do modelo de controle da Difteria. São Paulo, DMP/FM/USP, 1984, 194p. (Tesis de Maestría).
161. RUFFINO NETTO, A. e PEREIRA, J.C. - Mortalidade por Tuberculose e condições de vida: o caso do Rio de Janeiro. *saúde em Debate*, 12:27-34, 1981.
162. VASQUEZ C., J.L. - Oncocercosis y cafecultura en Soconusco, Estado de Chapas - México, México, UAM/X, 1984, (Tesis de Maestría).

163. GRANDA, E. - La investigación epidemiológica. (Mimeo) Ecuador, 1975; HOEGEN, M. Von, y Z'SCHOCK, D.- Marco Conceptual para investigaciones en economía sanitaria. *Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud*, 4:55-72, Mayo-agosto, 1976; MERCER H. - Investigación social aplicada al campo de la salud. *Educación Médica y Salud*, 9(4):347-354, 1975; BREILH, J. Hacia una definición de las posibilidades y límites de las ciencias sociales al desarrollo de la investigación médica en el país. *Salud Problema*, 7, 1981
164. GARCIA, J.C. - Medicina e Sociedade. as correntes de pensamento no campo da saúde. En: NUNES, E.D. (Org.) *Medicina Social: aspectos históricos e teóricos*. Sao Paulo, Global, 1983, p.95-132.
165. BREIHL, J. y GRANDA, E. - *Investigación de la salud en la sociedad*. Quito, Ediciones CEAS, 1982.
166. GARCIA, J.C.- La articulación de la medicina y de la educación en la estructura social. 1976. (mimeo).
167. ANDRADE, J. - Marco conceptual de la educación médica en América Latina. *Educación Médica y salud*, 12(1) (2) (3), 1.978.
168. NOGUEIRA, R. - Personal de salud: discusión teórica y producción científica sobre el tema. En: NUNES, E.D. (Ed.) ob. cit. ref. 31, p. 405-423, 1986.
169. PAIM, J.S. - Medicina preventiva e social no Brasil: modelos crises e perspectivas. *Saúde em Debate*, 11:57-59, 1981; PAIM, J.S. e FORMIGLI, V. L. A. - Redefinicoes do ensino da medicina preventiva e social. *Revista Brasileira de Educacao Médica*, 5(1):7-18.
170. RAMON DE LA FUENTE, J. - Enseñanza e investigación en salud mental en América Latina: prioridades e implementación. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 31 (4):269-283, 1985.
171. GARCIA, V. C. e PERERA, Q. S.- *Los aspectos sociales de la medicina en América Latina*. México, Instituto Mexicano del Seguro Social, 1981.
172. EDUCACION MEDICA Y SALUD, 13(4), 1979 e 14(1), 1980.

173. SOUZA, A.M. de A. La enfermería: análisis de las principales investigaciones y sus problemas. En: NUNES, E.D. ob. cit. ref. 31, p. 425-442, 1986. SOUZA, A. M. Desenvolvimento dos serviços de assessoria de enfermagem da Organização Pan Americana de Saúde: Impacto na Educação de enfermagem latino-americana (1940-1980). Salvador, Bureau Grafica e Editora Ltda., 1982. 354p.
174. NUNES, E. D. - A Medicina como profissão: Contribuição ao estudo da escolha ocupacional entre estudantes de medicina. Campinas, 1976 (Tesis de Doctorado, FCM/UNICAMP).
175. PEREIRA, J.C. - Sobre a tendencia a especialização em medicina. **Educación Médica y Salud**, 14(3): 252-262, 1980.
176. SOBRAL, D.T. - O papel docente em medicina: avaliação pelos estudantes. **Revista Brasileira de Educacao Médica**.
177. GONZALEZ, C. E. - et al. La actitud de los estudiantes de medicina hacia los aspectos preventivos y sociales de la enseñanza y del ejercicio médicos. **Educación Médica y Salud**, 16(2):118-133, 1982.
178. FRENK, J. - e BASHUR, R. - Career preferences and perceptions of the medical labor market among Mexican interns. **Social Science & Medicine**, 11(1):693-704, 1983.
179. MERCER, H. - Las contribuciones de la sociología a la investigación en salud. En: NUNES, E.D. ob. cit. ref. 31, p.231-242, 1986.
180. OPS - Aspectos teóricos de las Ciencias Sociales aplicadas a la medicina. **Educación Médica y Salud**, 8(4) 354-359, 1974
181. Algunos otros comentarios sobre la cuestión en "Reflexiones Finales" en esta trabajo.
182. OLIVEIRA, E. R. - **O que é Medicina Popular**. Sao Paulo, Brasiliense, 1984. p.10.
183. Reunión sobre Ciencias Sociales en Salud, Cuenca, Ecuador, 29 de noviembre al 2 de diciembre de 1983.
184. CORDEIRO, H. y TAVARES, R. - Las contribuciones de las

- Ciencias Sociales al estudio de la tecnología en Salud. En: NUNES, E.D. (Editor), ob. cit., ref. 31, p. 335-346, 1986.
185. POLLOCK, D.H. - A Latin American strategy to the year 2000
En: RITTER, A.R. M. e POLLOCK D.H. (Ed.) *Latin American prospects for the 1980s*, New York, Praeger, 1983.
186. En el reciente Seminario Sobre Violencia y Salud en América Latina, realizado en Río de Janeiro del 11 al 14 de diciembre de 1989 fueron presentados entre otros los siguientes trabajos:
FRANCO, A. - Violencia y/o Salud; DE LOS RIOS, A. - Raíces psicosociales de la agresión y la violencia; CARDACI, D. Hablar y que más. Aproximaciones al problema na comprensao de la violencia y salud; MINAYO, M.C. de S. - Interdisciplinariedade na comprensao da violencia e saude.
187. MOTA C. G. - Ciencias Sociais na América Latina. En: MORAES R.; ANTUNES, R.; FERRANTE, V. B. (org.) *Inteligencia Brasileira*. Sao Paulo, Brasiliense, 1986, p.278-305.
188. MEDICI, A.C. - La fuerza de trabajo en salud en Brasil. Los años setenta: balance y tendencias. *Cuadernos Médico Sociales*, 37:55-70, 1986.
189. Informe Final del I Seminario Regional de Investigación Personal de Salud - *Educación Médica y Salud*, 21(3):271-300, 1987.
190. FERREIRA, J.R. et al. El análisis prospectivo de la educación médica en América Latina. *Educación Médica y Salud*, 2(3): 242-372; 1988 (número especial sobre el tema).
191. Véase: PIAGET, J. (Org.) *Epistemología de las Ciencias Humanas*. Buenos Aires, Editorial Proteo, 1972. ACHARD, P. - y otros - *Discurso biológico y orden social*, México, Editorial Nueva Imagen, 1980.
192. APEZECHEA, H.J.- Problemas metodológicos de la investigación en ciencias sociales en salud. En: NUNES E. D. (editor), ob. cit. p. 477-491.
193. SUARES, J. et al. *La situación de la salud en el Ecuador: 1962-1985*. Quito, MSP/IINM/OPS/OMS, 1987.1985

194. GARCIA, J.C. - La nacionalización de los servicios de salud. La Organización sanitaria en los países latinoamericanos, 1880-1930, s.f. (mimeo).
195. MYRDAL, G. - **Teoria Economica e Regioes Subdesenvolvidas.** Río de Janeiro, 121 Saga, 1956.
196. Para un análisis sobre salud y subdesarrollo, véase: BRAGA, J.C. de S. y PAULA, S.G. de **Saúde e previdencia: Estudos de Política social.** Sao Paulo, CEBES/HUCITEC, 1981, P.26-33.
197. TESTA, M. - Planificación en salud: las determinaciones sociales. En: NUNES, E.D. (ed), ob. CIT. REF. 31, P. 347-380, L986.
198. Entre los trabajos sobre la cuestión de la salud en Nicaragua, la **Revista Saúde em Debates**, No. 12:8-17, 1981, publicó las entrevistas realizadas por el Dr. Eleuterio Rodríguez Neto con el Vice-Ministro de la Salud (Dr. J.Solis Piura), el Representante de la OPS (Dr. M.Márquez) y con el asesor de la OPS, Dr. S. Arouca.
199. SEPULVEDA, S.J. - Crisis y salud de los trabajadores en América Latina. **Cuadernos Médico Sociales**, 40:5-24, 1987.
200. TESTA, M. - Atención Primaria o Primitiva de Salud. **Cuadernos Médico Sociales**, 34:3-13, 1985.
201. JAEN, M. H. - Revisión Bibliográfica para evaluar los logros de la estrategia de atención primaria de salud, especialmente en América Latina. CENDES/AVEDIS, Venezuela, julio, 1987, 35p. (mimeo).
202. COSTA, N. do R. - Transición y movimientos sociales. Contribuciones al debate de la Reforma Sanitaria. **Cuadernos Médico-Sociales**, 44:51-61, 1988.
203. JACOBI, P. y NUNES, E. - Movimentos populares urbanos, poder social e conquista da democracia. En: **Cidade, Povo e poder.** Rio de Janeiro, CEDEC/paz e terra, 1982, p. 165-199.
204. Entre los trabajos se citan: JACOBI, P. **Movimentos sociais e politica: demandas por saneamento basico e saude** - Sao Paulo, 1974-84. Sao Paulo, Cortez, 1989, SMEKE, E. de L.M. **Saúde e democracia: experiencia de gestao popular: um estudo de caso.** DMPS/FCM/UNICAMP, 1989 (Tesis de Doctorado).

205. RAMOS, C.L. - Participacao popular nos programas de saúde
En: MINAYO, M.C. de S. (Org.) **A saúde em estado de choque**,
Rio de Janeiro, FASE/Espaco e tempo, 1986. Véase tambien las
citas bibliográficas en 81.
206. TEIXEIRA, S.M.F. - Las Ciencias Sociales en Salud en el
Brasil. En: NUNES, E.D. (org.) **Ciencias Sociales y Salud en la
América Latina: Tendencias y perspectivas**, Montevideo,
OPS/CIESU, L986. P.91-115
207. BELMARTINO, S, y BLOCH, C. - Reflexiones sobre
participación popular en salud en Argentina. **Cuadernos Médico
Sociales**, 27:7-21, 1984.
208. VIII Conferencia Nacional de Saúde. Relatorio Final. Brasilia,
17-21 marco de 1986.
209. Análisis de las asociaciones brasileras en los trabajos: NUNES,
E.D. - A Medicina Social no Brasil: um estudo de sua trajetória.
En: Campos, G.W. de S. Merhy, E.E. e Nunes, E.D. **Planejamento
sem Normas**, Sao Paulo, Hucitec, 1989, p. 113-134; SCOREL, S.
Reviravolta na saúde: origen e articulacao do movimento sanitário.
Rio de Janeiro, ENSP, 1987 (Tesis de Maestría).
210. Para una visión de los núcleos, véase: CORDONI, Jr., L. e
MARTINS, V.L. Uma visao do papel dos Nucleos de Estudos em
Saúde Coletiva, **Saúde em Debate**, 26: 58-59, 1989.
211. MADEL, T.L. - Natural, racional, social: Razao Médica e
racionalidade científica moderna. Rio de Janeiro, Campus, 1988.
212. IANNI, O. A crise dos paradigmas na Sociologia. Campinas,
IFCH/UNICAMP, 1989. (Mimeo).

CAPITULO II

COMPONENTE DE METODOLOGIA:

“LA CONSTRUCCION DEL PENSAMIENTO EN MEDICINA SOCIAL”

**Avances, Problemas Teórico-Metodológicos
y Discusión de Categorías Básicas**

AUTORES

De acuerdo a la división interna del trabajo las siguientes fueron las responsabilidades cumplidas:

DISEÑO Y PLANIFICACIÓN GENERAL

Jaime Breilh
Edmundo Granda
Arturo Campaña
José Yépez
Patricia Costales

TAMIZAJE INICIAL Y ANÁLISIS BÁSICO

José Yépez
Cristina Merino
Patricia Costales
Zaida Betancourt
Karen Delgadillo
Edith Valle

ANÁLISIS EN PROFUNDIDAD

* Análisis General del Estado del Arte, los Debates
y Desafíos Actuales:

Jaime Breilh

* Breves Anotaciones Acerca de los Problemas de Conocimiento en
la Práctica y el Saber:

Edmundo Granda

* Análisis Documental:

Edmundo Granda

Arturo Campaña

José Yépez

Oscar Betancourt

Jorge Kohen

Patricia Costales

Cristina Merino

PROCESAMIENTO

José Yépez

Fausto Heredia

ADMINISTRACIÓN

Edith Valle

Marlene Jarrín

Catalina Trujillo

CONSIDERACIONES PRELIMINARES

La compleja tarea de evaluar los avances y recursos metodológicos puestos en práctica en las últimas décadas por los trabajadores de la ciencia de América Latina en el campo de la Medicina Social, debe situarse en una perspectiva epistemológica que adopte, como punto de referencia histórica, las demandas urgentes de la necesidad popular en la época actual -postulado político- y que asuma el máximo horizonte de visibilidad y capacidad instrumental que haya alcanzado hasta hoy día el trabajo investigativo -postulado científico-.

Se trata de juzgar lo producido como recurso de perfeccionamiento del quehacer, de la lucha por la defensa y transformación de la vida, como elemento de la formulación científica de la necesidad social y de los problemas masivos y urgentes de salud, pero hacerlo con rigurosidad, en el más alto nivel que permita el desarrollo del conocimiento contemporáneo, evitando las distorsiones y reduccionismos, y abriendo un espacio real para el análisis de las distintas posturas y enfoques. Es por eso indispensable explicitar dichos referentes, para que la posición epistemológica adoptada en este estudio se comprenda y justifique.

Las Luchas del Contexto como Referente Histórico

Jaime Breilh

En ningún otro terreno como en el de la salud se hacen ostensibles las consecuencias en el sufrimiento humano de un mundo dominado por el ejercicio voraz de la acumulación de capital. La vida de las poblaciones se configura en sociedades en conflicto, donde las leyes de la acumulación sojuzgan los intereses de las mayorías, polarizan la riqueza, concentran el acceso a los bienes e imponen formas políticas y culturales que determinan la aparición de procesos destructivos, los cuales se contraponen dialécticamente a los procesos de desarrollo biológico, dominándolos, constrañéndolos y deteriorándolos sistemáticamente. En el largo plazo, las consecuencias de este masivo deterioro se concentran y transmiten genéticamente y en el tiempo más corto, se expresan en el avance y diversificación permanentes de condiciones fisiopatológicas, psicopatogénicas y, en su conjunto, como los perfiles de salud-enfermedad.

En el contexto mundial esta imposición logra ejercerse, no sólo sobre las clases subordinadas de los países capitalistas más atrasados sino que afecta también a las que viven en los países de una "semiperiferia recientemente industrializada", a las de los propios centros imperiales, y aún más, a los trabajadores de algunos países socialistas. En efecto, "la crisis del capitalismo ha puesto fin ciertamente a las ilusiones keynesianas, así como a las derivadas de la ideología del desarrollo, mientras que la del socialismo no ha encontrado todavía la respuesta a sus problemas;....en el vacío creado por esta doble

crisis se ha ido introduciendo la ofensiva conservadora de un neoliberalismo que se reduce a recomendar el uso de un remedio universal: el mercado". Mas, ese antídoto falaz para las contradicciones de la acumulación no podrá modificar las tendencias concentradoras y sólo recreará las condiciones de injusticia. Así por ejemplo, aún en la Europa unificada por la Comunidad Económica la política de expansión mercantil, controlada por los monopolios transnacionales y capitales como los alemanes e ingleses, y no acompañada de una política de prioridades y desarrollo social, sólo empobrecerá más a las masas y convertirá especialmente a los trabajadores de países como Portugal, España y Grecia en fuerza barata para la acumulación. Así también, en los países de industrialización intermedia como México, Brasil y la India, la lógica de universalización por el mercado impone exigencias de ajuste ante las cuales sucumben las posibilidades de un capitalismo benigno y democrático. Aún las aperturas semiprotegidas de los países socialistas los exponen a retrocesos y distorsiones graves.

De ese modo, el robustecimiento de los espacios de acumulación y el creciente sometimiento a la lógica del mercado, llevan en su seno su propia negación y acabarán por desencadenar una nueva y talvez más peligrosa polarización e irracionalidad. Pero, en la coyuntura, este hecho histórico y las falencias de la conducción socialista, han facilitado el reblandecimiento momentáneo de las contradicciones de la acumulación en algunos sitios clave, han permitido distraer transitoriamente la conciencia de las masas no organizadas y han creado la falsa imagen de un capitalismo imbatible y superior.

Acerca de la metamorfosis de los intelectuales latinoamericanos, posibilidad de la cual no escapan los del área médico social, se ha empezado a alertar desde diferentes frentes de pensamiento democrático. La revista venezolana Foro Democrático reproduce en su número 18 del año 1990, un artículo en el que se devela la naturaleza íntima de dicha metamorfosis. En él, se señala como la dependencia económica de los centros latinoamericanos de producción de conocimientos respecto a benefactores externos que encubiertos en un discurso liberal-

democrático y de aparente auspicio y respeto a la autonomía, ha llevado, muchas veces, a manifestaciones ideológicas,"... estableciendo los parámetros políticos del discurso intelectual." ²

Se explica entonces como en la actualidad latinoamericana, por medio de la propaganda intencionada o la confusión de algunos intelectuales se haya difundido la noción de un capitalismo irreversible, donde se robustece como supuesta única alternativa el pensamiento social-demócrata, donde muchos se han dejado tentar por los cantos de sirena del "gradualismo reformista" o "posibilismo" y donde pretende justificarse y teorizar esta gran claudicación de la intelectualidad, esgrimiendo una supuesta obsolescencia del pensamiento revolucionario.

Así, por esa vía, se pretende producir un vaciamiento de contenido y crítica de las categorías de las ciencias sociales. Se olvida, en este caso, que el marxismo se constituyó haciendo la vivisección del concepto de **sociedad civil** hasta descubrir su médula económica y su contradictoria estructura clasista" ³. Igualmente, la interpretación errónea del concepto de **hegemonía** es otro ejemplo de tergiversación de una categoría forjada en el marxismo, la cual, "fuera de su uso europeo occidental que alude a la forma de dominación por consenso en el interior del espacio metropolitano y coerción en la periferia, explotación atenuada adentro y sobreexplotación afuera...induce a pensar que el poder se estructura por medio de la libre competencia de ideas, imágenes y representaciones, que termina por favorecer a los concursantes políticos más meritorios" ⁴.

El trabajo de investigación y político desde la medicina social, esta expuesto ahora a todo ese tipo de tergiversaciones que redundarían en dos errores políticos muy graves: fijar como límites para la acción y el conocimiento, los que fueran posibles gradualmente dentro de las reglas de juego establecidas por la burguesía, con lo cual a lo máximo que podríamos aspirar es a un "socialismo a la europea occidental, sólo que sin periferia de donde extraer excedentes económicos para

atenuar los efectos de la explotación”⁵ y, segundo, “pensar que el robustecimiento de la **sociedad civil** es un sinónimo de entrada en la era de las grandes organizaciones de masas”⁶ cuando casos como la historia política del pueblo norteamericano demuestran exactamente lo contrario.

Es en medio de ese proceso de endurecimiento de los sectores de poder, y de restricción cada vez mayor de las posibilidades de supervivencia, que a las capas medias que alimentan el trabajo intelectual, acecha el peligro de la confusión ideológica, cuestión de la cual no esta exenta la Medicina Social. Semejante coyuntura favorece el surgimiento de tesis reformistas que pueden afectar la coherencia política y la objetividad científica de nuestro quehacer. Tales condiciones crean al ambiente propicio para que se revitalicen conceptos de moda en el léxico sanitario como los de “reforma” y “participación” para la salud, cuya definición tergiversada puede enmascarar una ofensiva reformista.

La luchas sociales y el quehacer científico son interdependientes y por eso la producción científica y el quehacer técnico se abren paso en nuestros países en ese contexto conflictivo y contradictorio. Es ahí, donde se están modelando las posibilidades y características actuales de la Medicina Social Latinoamericana. “Mientras en los años setenta se logró dar pasos firmes en el rescate de la esencia social de la salud y se lograron avances de trascendencia en el replanteamiento de la investigación y la práctica, parece que en la década anterior y en los años recientes dicha tendencia va perdiendo fuerza. Si por un lado, la derecha pretende rescatar los viejos recursos ideológicos del determinismo biológico o remozar las tesis empiristas de la investigación bajo modelos popperianos e introducir esquemas del reduccionismo funcional como el “enfoque de riesgo” y la epidemiología clínica, por otro lado surge el peligro de una “izquierda” conciliadora y reformista, con un discurso misticador que termina promoviendo alternativas distractoras, y favoreciendo el desarme ideológico. Resulta ilustrativa la aplicación acrítica de modelos de práctica correspondientes a estrategias internacionales que, encubiertas de un ropaje democrático y de sentido social, han involucrado la creatividad

y experiencia de muchos cuadros intelectuales que, de uno u otro modo, se ven envueltos en la lógica y proyección final de esos programas cuya intencionalidad es ajena al interés histórico de las mayorías.

El objeto del presente estudio es el análisis de los desarrollos teórico-metodológicos alcanzados en la investigación epidemiológica (producción y distribución de la salud-enfermedad). Si bien tenemos conciencia de la gran riqueza que resultaría de un análisis que articule las tres áreas básicas de la Medicina Social: epidemiología, práctica médica y saber, sobre estas dos últimas trataremos apenas de delinear en este momento introductorio, los nudos críticos que permitan establecer algunas pautas preliminares para una eventual indagación ulterior de sus desarrollos metodológicos. Por otra parte, el hacer este bosquejo es sin duda trascendentalmente importante para el abordaje del objeto epidemiológico, en la medida en que aquello nos permitirá no perder la dimensión totalizadora y unitaria de este campo en relación con el saber y la práctica.

Breves Anotaciones sobre la Investigación de la Práctica y el Saber

Edmundo Granda

Es posible apuntar algunos aspectos que llaman la atención en la investigación en **Práctica en Salud** y que obviamente repercuten en la construcción de la imagen del objeto epidemiológico, toda vez que el planteamiento del problema en este campo entraña una politicidad adelantada en el tiempo que pretende, a través de la praxis transformar la realidad particular en salud como parte del empeño de transformación social global.

En base a un grupo seleccionado de trabajos elaborados por autores más representativos de la producción en este campo en América Latina, que no agota ni mucho menos todas las aportaciones que se están dando, es posible hacer algunas reflexiones generales acerca de la construcción de la imagen del objeto **Práctica Médica**, aspecto que obviamente entraña una serie de cambios metodológicos que no podrán ser cubiertos en el presente estudio.

Posiblemente, el problema esencial que debe tomarse en consideración es el desplazamiento del "espacio" de interés en la investigación histórico social sobre la práctica en salud desde lo económico hacia lo político-ideológico.

La búsqueda de los determinantes del surgimiento y desarrollo de las acciones y servicios de salud se había centrado básicamente alrededor de los procesos económicos. Juan César García en su estudio "La Medicina Estatal en América

Latina (1880-1930) plantea que "En el modo de producción capitalista, la medicina se desplaza del espacio religioso y político donde se encuentra en los modos de producción pre-capitalistas para articularse con el proceso de producción económico... La región económica juega, entonces, el papel dominante en la estructura social y a este se vincula también la medicina variando las formas concretas de su articulación según las maneras en que se implanta el capitalismo"⁷. Según García la medicina comienza su transformación desde el momento mismo en que surgen los supuestos de la producción capitalista, en el período de acumulación originaria que permite la acumulación de obreros libres y medios de producción. La medicina interviene sobre los obreros libres que no pueden ser absorbidos por la manufactura colaborando para su confinamiento "mediante instituciones tales como asilos, casas de trabajo, de disciplina y orden necesarios para el trabajo industrial"⁸. Un segundo espacio de intervención de la práctica médica ocurre alrededor de la circulación de mercancías. La cuarentena se convierte en una traba para el comercio y por lo tanto la lucha contra las enfermedades que justifican la cuarentena pasa a constituir un problema de preocupación médica. Un tercer aspecto se relaciona con la necesidad de incrementar el rendimiento de la fuerza de trabajo, debido a lo cual las enfermedades debilitantes⁹ y la fatiga o agotamiento de la fuerza de trabajo aparecen como objetos del trabajo médico. Por último, en fases avanzadas del capitalismo, la práctica médica pasa a ser un sector de realización del valor de las mercancías, insumos, y medicamentos, así como una instancia para la extracción directa de plusvalía.

La medicina estatal se relaciona con los determinantes indicados, en distinta intensidad y de acuerdo al requerimiento de la reproducción de las relaciones de producción capitalista.

García reconoce además que la medicina puede ser utilizada como excelente herramienta política para disminuir las tensiones sociales en ciertos sectores de la población.

Bajo este planteamiento se privilegia, entonces, la calidad

ónica de apoyo para la acumulación de capital que cumple el Estado a través de la práctica médica, sin dejar de lado su carácter legitimador. Otros autores resaltan, en cambio, las acciones de legitimación, generación de consenso y control que tiene la práctica médica; entre ellos se inscribe el trabajo de Clara Fasler "Planificación, Salud y Desarrollo", mientras que Hugo Mercer destaca la subordinación de los servicios al valor económico y político que se les asigna dentro de la lógica del capital.¹¹

La dialéctica entre acumulación y legitimación también constituye la guía para la interpretación de trabajos que se desarrollan en el campo de la práctica odontológica^{12 13}, para el estudio de las empresas médicas,¹⁴ o para el análisis de los cambios ocurridos en las formaciones sociales concretas.¹⁵

Partiendo de la categoría nuclear "consumo de acciones y servicios de salud" y a través del análisis del carácter estatal de acumulación y legitimación, de las necesidades del capital y populares en salud, el CEAS desarrolló varios estudios sobre servicios de salud¹⁶ y ciencia en salud¹⁷, los mismos que permiten visualizar la constitución del objeto como producto de las contradicciones que se dan a nivel de la estructura y superestructura.

Los planteamientos anteriores (que parten desde las fuerzas productivas y relaciones de producción) han sido cuestionados por Madel Luz porque:

1. "El concepto de contradicción sólo es empleado estructuralmente, esto es, en el sentido de las contradicciones del sistema". Las contradicciones por las clases y grupos no tienen lugar importante en el análisis.
2. "Esas corrientes no consideran las instituciones como núcleos de poder central. Los micropoderes o son asimilados al Estado, como aparatos, o son simplemente reflejos del aparato productivo... se termina viendo el aspecto estructural de las instituciones como reflejo de la dominación; luego somos llevados a ver toda institu-

ción como práctica de dominación y a pretender una desinstitucionalización radical de la sociedad. Somos llevados a una visión política anarquista”¹⁸. De lo que se trataría es de “explicar las contradicciones institucionales tanto a nivel del discurso/práctica y a nivel interno del discurso, como a nivel de las respuestas de aquellos a quienes la institución intenta encuadrar”¹⁹. Para cumplir con este objetivo, se debería desarrollar un abordaje específicamente político de las instituciones descubriendo en ellas su “densidad específica como modo de poder de un modo de producción social, evitando reducir las a un reflejo de las fuerzas productivas o a la función de reproductora de las relaciones sociales de producción”²⁰. El análisis dialéctico de las instituciones posibilitaría observarlas en movimiento, en lucha, en la medida en que las reconoce como parte de una estrategia hegemónica, entendiendo la hegemonía como proceso, “como práctica siempre recomenzada y contradictoria”²¹

Para Madel Luz las instituciones serían al mismo tiempo civiles y políticas, puesto que la división civil/político, privado/estatal sería totalmente artificial, instituciones que sobre todo mantendrían su ligazón vital, orgánica con las relaciones de producción.

“Integrando lo “civil” en lo político (en el Estado), lo “político” (aparatos) en lo civil (asociaciones, sindicatos, órganos de todos los tipos que constituyen las vías de organización de los grupos y clases sociales) podremos tener presente no apenas la universalidad del Poder (hegemonía), mas también su reverso necesario: la Resistencia, la Contrahegemonía, ‘lo que no tiene gobierno ni nunca tendrá’. Las instituciones son así, lugar privilegiado de lucha política”²²

En los trabajos de Madel Luz, el objeto aparece situado a nivel de la contradicción hegemonía-contrahegemonía institucional única, mientras que en los últimos trabajos de Sonia Fleury²³ y Mario Testa-Carlos Bloch²⁴ aparece una diversificación institucional “civil” y “política”, siendo las instituciones

de la sociedad civil donde debería depositarse el esfuerzo y accionar de los intelectuales para "construir la dirección política y cultural de la sociedad, es decir su voluntad colectiva y su reforma intelectual y moral"²⁵, toda vez que "son las ideologías, cuya sede es la sociedad civil, lo que determina a las situaciones contribuyendo a crear la nueva historia a través de un nuevo poder que se crea, en lugar de justificar el poder constituido"²⁶, de lo que se desprende que la conquista de la hegemonía se lograría a través de una larga lucha por la transformación de las instituciones de la sociedad civil que al mismo tiempo parece que terminarían por transformar la sociedad política y la estructura económica en su conjunto. Esta es una interpretación contrapuesta al pensamiento y práctica que manifiesta la necesidad del descubrimiento de las condiciones de transformación, las mismas que permitirían el accionar partidario y la toma del poder como único medio para cambiar las relaciones de producción, en donde las instituciones (de acuerdo a como las concibe Madel Luz) constituirían un espacio privilegiado de lucha para la consolidación del poder proletario. Además, es conveniente anotar que en aquel punto de vista el hilo conductor parecería despalazarse desde lo económico a lo ideológico.

Bajo el planteamiento anteriormente mencionado, el objeto de estudio de la práctica médica se sitúa en los trabajos de Testa alrededor del poder en el sector salud²⁷, mientras que Sonia Fleury visualiza las políticas sociales.²⁸

Si bien la aproximación que privilegia las fuerzas productivas y relaciones de producción, permite tan sólo la visualización de las contradicciones a nivel estructural y no concibe las instituciones como núcleos de poder, sin embargo la propuesta de Bobbio, a la que plegan algunos investigadores latinoamericanos, minimiza la importancia de la propiedad de los medios de producción como eje para la constitución del poder y como barrera fundamental para el cambio de la "sociedad civil" burguesa inmensamente represiva y de la estructura social dependiente, aspectos que tienen fundamental importancia para la formulación de las estrategias de lucha en el campo de la salud.

Para otros, la práctica en salud se desarrolla por influencia de los cambios estructurales ocurridos en la sociedad pero es la medicalización la que también explica su conformación: "la extensión del campo de normatividad de la medicina a través de la definición de nuevos principios referentes al significado de la salud y a la interferencia médica en la organización de las poblaciones y de sus condiciones generales de vida".²⁹

En la búsqueda de expresiones alternativas de la práctica de salud no subordinadas, Menendez recurre a una "lectura que articule los procesos productivos e ideológicos, en los cuales las clases subalternas aparezcan como sujetos de las luchas y las transacciones y no como meros objetos de manipulación" encontrando en las tendencias de autogestión en salud la respuesta a su interrogante, "procesos de autogestión" que siempre han sido absorbidos o destruidos por el sistema dominante... pero que pueden significar una alternativa embrionaria y nuclear de otras alternativas".³⁰

Catalina Eibenschutz propone la participación popular como ejercicio del poder por parte del pueblo a través del análisis de las fuentes de poder en cada momento histórico y en cada sociedad, con miras a la construcción de la contrahegemonía.³¹

Los nuevos aportes de conocimiento que ha ofrecido esa línea de estudio que ha propuesto el desplazamiento del objeto desde lo económico hacia lo político, son incuestionables, tanto en el plano teórico, cuanto en el metodológico y en la organización del quehacer en salud, quedan sin embargo cuestionamientos relacionados con la praxis política, los mismos que deben ser analizados.

La investigación sobre el **saber en salud** constituye otro de los campos de la Medicina Social cuyo tratamiento no corresponde a este componente, pero que se esboza aquí, porque contribuye a la comprensión del escenario ideológico que rodea la producción metodológica. La **Producción y Transmisión del Saber** constituyen los objetos privilegiados de un importante número de trabajos latinoamericanos.

Al inicio de la década de los 70 los trabajos de Foucault y muy especialmente "El Nacimiento de la Clínica" ³² impactaron con fuerza el pensamiento de la Medicina Social latinoamericana. En su libro, Foucault "...intenta un análisis estructural de un significado -el objeto de la experiencia médica- en una época en la cual, antes de los grandes descubrimientos del siglo XIX, éste ha modificado menos sus materiales que su forma sistemática. La clínica es a la vez un nuevo corte del significado, y el principio de su articulación en un significante en el cual tenemos la costumbre de reconocer, en una conciencia adormecida, el lenguaje de una "ciencia positiva" ³³. Este nuevo análisis epistémico que inaugura Foucault permite al mismo tiempo estudiar las formaciones discursivas, las positivities y el saber en su relación con las figuras epistemológicas y las ciencias. "Por episteme se entiende en verdad, el conjunto de relaciones que pueden unir, en una época dada, las prácticas discursivas que dan lugar a figuras epistemológicas, a ciencias, eventualmente a sistemas formalizados; el modo según el cual, en cada una de las formaciones discursivas se sitúan y operan los pasos a epistemologización, a cientificidad, a formalización... (el episteme) es el conjunto de relaciones que se puede descubrir, entre las ciencias, cuando son analizadas a nivel de las regularidades discursivas". ³⁴

El análisis epistémico en salud abre un campo indefinido de relaciones. Los trabajos de Foucault enriquecen grandemente la comprensión de la Clínica y de la Psiquiatría y posibilitan su aprehensión como formaciones discursivas, saberes y ciencias: "La medicina clínica seguramente no es una ciencia. No sólo porque no responde a los criterios formales y no alcanza el nivel de rigor que se puede esperar de la física, de la química y aún de la fisiología, mas, también, porque ella comporta un cúmulo, apenas organizado, de observaciones empíricas, de tentativas y de resultados brutos, de recetas, de prescripciones terapéuticas de reglamentaciones institucionales. Sin embargo, esta no-ciencia no excluye a la ciencia: durante el siglo XIX estableció relaciones definidas entre ciencias perfectamente constituidas como la fisiología, la química o la microbiología; aún más: dió lugar a discursos como el de

la anatomía patológica, al que sería presuntuoso dar el título de falsa ciencia.”

Sobre una matriz de análisis cuyo eje constituye el materialismo histórico y con los aportes del abordaje epistémico y aquellos elaborados por Canguilhem³⁵ se desarrollan avances sobre la comprensión de las especificidades del trabajo médico como base para la constitución del saber. Donnangelo, M.³⁶ y Gonçalves, R.³⁷ estudian la forma como la manutención y recuperación del cuerpo se constituyen en objeto de la práctica médica en el capitalismo, lo cual permite la unificación de la interpretación feudal distinta de la enfermedad y el daño físico, y la unificación, bajo la conceptualización gobernada por la clínica (clínica médica y clínica quirúrgica), de aquellos postulados teóricos distintos que sustentaban las prácticas del cirujano y del físico de la época feudal.³⁸ Por otro lado, la reforma hospitalaria capitalista factibiliza la constitución de un espacio donde es posible la visión homogénea, individual, biológica y técnica (no social) de la enfermedad. Schraiber³⁹ describe así este cambio: “Al mismo tiempo, sin embargo, en esa reorganización de la práctica hospitalaria, por un lado, los procedimientos van siendo caracterizados como intervención sobre el individuo en base al estudio comparado de los casos, en base al estudio y control del medio. Por otro lado, el espacio en el cual son realizados esos procedimientos (el espacio hospitalar) va siendo caracterizado como compuesto de medios individualizados en un espacio colectivo, y al mismo tiempo espacio colectivo individualizado y aislado del medio social. Tales características posibilitan la observación del colectivo como el conjunto de las observaciones individuales, y de estas últimas, a su vez, como observación de casos totalmente aislados y controlados en su individualidad. Ocurre así una aproximación a los casos que se los toma, **exclusivamente**, en cuanto individuos biológicos, y una aproximación de sus situaciones vitales **reducidas apenas** a los procesos biológicos en ellos presentes”.

En este mismo campo, Juan César García brinda aportes fundamentales. En su artículo “The Laziness Disease”⁴⁰ analiza cómo surge y se desarrolla el concepto “enfermedad de la

pereza”: “La producción intelectual relacionada con el proceso de trabajo sólo puede desarrollarse si existen condiciones o si las posibilidades de existencia de dichas condiciones se hallan presentes, entre las cuales, la base material es la más importante... El reaparecimiento de los conceptos de enfermedades debilitantes y de medicina tropical pueden ser interpretados como relacionados con los cambios en la situación económica y militar”⁴¹. Es decir, un nuevo concepto que se acuña y que pasa a integrar el discurso científico debe ser estudiado con el fin de encontrar sus relaciones con los procesos sociales.

Juan César García nunca se enreda en análisis oscuros de dudosa filiación, su método siempre es la dialéctica materialista y su hilo conductor la economía. Es por ésto que vale la pena abundar un poco sobre este tópico: Parte del planteamiento Lukacsiano, en el que “las categorías no sólo tienen un significado objetivo sino tienen una historia objetiva y subjetiva: una historia objetiva porque algunas categorías presuponen un estado definido de evolución del movimiento de la materia; la historia subjetiva de las categorías es el descubrimiento por parte de la conciencia humana”. Establece que los términos “perezoso”, “negligente” o “vago” aparecen cuando el hombre latino deja de ser concebido como hombre y pasa a ser tomado como sirviente o esclavo en el proceso colonizador. Posteriormente, debido a la forma de explotación algodонера (de plusvalía absoluta) que implementa el imperialismo en el sur de los Estados Unidos y en América Latina, aparece la necesidad de dar una solución al requerimiento de incremento de capacidad de trabajo durante un tiempo determinado y por lo tanto de superar el problema de la “pereza”.

Surge entonces -según García- el intento de explicar científicamente las causas de la “pereza”. El anquilostoma aparece como causa explicatoria porque produce una toxina. Después se sustenta su naturaleza predatoria y por último nace la teoría de la deficiencia, sólo cuando el pensamiento médico acepta la posibilidad de que aspectos no biológicos y ligados con la distribución del producto del trabajo aparezcan como causas de la enfermedad.

Los términos epidemiológicos como “erradicación, control y vigilancia surgen hacia la superestructura desde la práctica social y más específicamente desde el campo de batalla... el concepto de erradicación es propuesto prematuramente sin conocimiento de lo que se va a obtener y emerge cuando la eliminación del adversario, el competidor, el enemigo, es deseable y aún posible. En el capitalismo de libre competencia, la lucha por la supervivencia es total y la rendición incondicional del enemigo es una condición de supervivencia. El capitalismo monopolista asume una alianza con los competidores; primero el control y luego la vigilancia del enemigo... Estas categorías que se originan en la estructura económica llegan a la super-estructura y permean los lenguajes médico, militar y político entre otros. No existe coincidencias o préstamos, sólo categorías históricamente determinadas que luego se rehusan a desaparecer cuando fracasan”⁴². Sin lugar a dudas, García propone una historia del saber y de las categorías científicas totalmente diferente a la propuesta por Foucault y por los Foucaultianos. No es sólo necesario -según García- revisar las prácticas discursivas, el saber y la ciencia, sino que estas deben permanecer atadas a un eje, que en última instancia es la economía.

En este mismo ámbito de la **producción** del saber en salud, es posible ubicar los esfuerzos que se desarrollan en América Latina por comprender los determinantes del desarrollo de la investigación y la ciencia en este campo. Nuevamente, es Juan César García el que propondrá una visión distinta en su trabajo “La Investigación Médica en el Campo de la Salud en Once Países de la América Latina”. Y la novedad radica en que García no intenta sólo comprender el problema sino transformarlo. El considera que los países latinoamericanos son capaces de planificar el desarrollo científico-tecnológico mediante la elaboración de indicadores que permitieran entender las leyes que rigen la estructura y el desarrollo de la ciencia y de esta forma hacer un uso más adecuado de los mismos en el proceso de organización y administración de actividad científica.

En esta misma dirección, el CEAS elabora tres estudios

dirigidos a comprender los determinantes científico-tecnológicos de la investigación en salud y que ya fueron mencionados anteriormente. Tan sólo vale la pena anotar que en todos sus trabajos privilegia la categoría consumo o utilización del conocimiento en salud en su intento de conocer los determinantes y relaciones, porque: "el conocimiento se integra en la producción de bienes materiales o simbólicos en el momento en que éste es consumido o utilizado. En la sociedad capitalista, el conocimiento se consume o utiliza productivamente como técnica, al dinamizar o multiplicar la energía productiva del instrumento y la fuerza de trabajo, o liberando la energía del objeto de trabajo. Se consume, por otro lado, no productivamente como ideología o como conocimiento en sí. Al ser el conocimiento un producto/bien determinado, se integra en la producción social en el momento en que es consumido o utilizado. El momento de consumo, de utilización social del conocimiento, actúa, por lo tanto, como determinante fundamental para su propia producción, distribución e intercambio".⁴³

Además del análisis sobre la constitución del saber médico y de los determinantes de la investigación y ciencia en salud, la Medicina Social latinoamericana ha realizado esfuerzos por comprender los determinantes del desarrollo del método y técnicas y ha propuesto innovaciones en estos campos: Los trabajos del CEAS¹ han circulado ampliamente en América Latina y han intentado superar el encuadre positivista tradicional para dar paso a la constitución de un abordaje más integral y abarcativo. Es también conveniente resaltar los aportes de Juan Samaja y especialmente su obra "Dialéctica de la Investigación Científica"⁴⁴ la que -en palabras de su

1 Breilh, J. y Granda E.- Investigación de la Salud en la Sociedad, CEAS, 5ta. edición. 1988.
Breilh, J. Epidemiología: Economía, Medicina y Política, Fontamara, 5ta. edición, México, 1989.
Otros trabajos del CEAS como "Problemas Metodológicos en la Investigación en Medicina Social; Epidemiología entre fuegos; Epidemiología: Método y Política; Reproducción Social y Salud.

autor- constituye "un esfuerzo por llenar un notorio vacío de la literatura sobre el Método de la Ciencia, el que se refiere a la Teoría Científica y a los procedimientos para su construcción... nos enfrenta de manera insoslayable con la tarea de construir, para cada investigación concreta, una perspectiva propia, en polémica con otras perspectivas, de cuya superación dependerá en gran medida, el desenmarañamiento de nuestro objeto que las distorsiones ideológicas lo envuelven". Propone una interpretación en la que la Ciencia de la Lógica de Hegel deje de ser un monumento metafísico para llegar a ser un instrumento para el análisis y tratamiento de las matrices de datos de cualquier investigación científica. Bajo este requerimiento, analiza el papel de la teoría, la forma como se constituye el arte de operar con conceptos y en este acápite rescata la forma de análisis invertido que realiza Hegel partiendo desde los valores, pasando por las variables y terminando en las unidades de análisis, lo cual, reconoce, "produce una serie de consecuencias trascendentes, tanto para la concepción de la realidad natural y social, cuanto para la organización científica y para la exposición de resultados" porque a través de la dialéctica "el riguroso análisis del contenido de una noción, no sólo da lugar a vacías reiteraciones de lo mismo -a tautologías abstractas- sino que también conduce necesariamente a una síntesis, a una producción de nociones más ricas, lo que nos pone ante la paradoja de concebir un análisis" que engendra novedad, progreso, construcción sintética".

La Medicina Social latinoamericana va desmitificando, en esta forma, el carácter cientificista del saber médico dominante. Este, se ha demostrado, responde a las necesidades del capital, a los requerimientos del Estado Capitalista de homogenizar, de individualizar, de tecnificar, de biologizar la interpretación del proceso salud-enfermedad, de desarrollar la máquina corporal o cuerpo productivo, de impedir la desalienación del sujeto social, de encerrarlo en el ámbito del hospital que adopta la forma de hospital-escuela encargado de reproducir el saber dominante como técnica y como ideología: "Las referencias de igualdad social y de naturalización de los fenómenos reales, reproducidos en la práctica médica a través de su unicidad, uniformidad y tecnificación, repercutirán en las

prácticas educativas, tanto en términos de su contenido, cuanto en las técnicas didácticas y en las estructuras que pasarán a ser adecuadas a la transmisión de nuevos conocimientos exigidos por la práctica y a la reproducción e inculcación de los nuevos valores atribuidos al saber y a la intervención médica... Su origen (escuela y hospital-escuela) reside exactamente en la rearticulación de las prácticas sociales en el modo de producción capitalista, cuando entonces son constituidas como prácticas que, debiendo reproducir las relaciones de producción como relaciones de clase, deben al mismo tiempo ocultar este carácter de clase en su reproducción. De este modo, si las características de las prácticas sociales en el modo de producción capitalista -entre ellas las que son propias de la educación médica escolar- posibilitan, efectivamente, la reproducción de las relaciones de producción, posibilitan también, en la medida en que, al mismo tiempo, ocultan el carácter de clase de esas relaciones, la construcción de **una imagen distinta del papel de aquellas prácticas**, que, en esta misma reproducción se revisten en su rearticulación de un significado aparente separado de su significado efectivo".⁴⁵

Al constituirse la práctica médica y el saber en salud en relaciones necesarias para el desarrollo del capital, la escuela de medicina y el hospital-escuela no pueden salir de este encuadre. Juan César García ⁴⁶ demuestra esta realidad en América Latina en su profundo y bien hilvanado trabajo "La Articulación de la Medicina y de la Educación en la Estructura Social" ⁴⁷. Parte del planteamiento de que "la práctica y el saber en el campo educacional y en el de la salud están ligados a la transformación histórica del proceso de producción económica. En otras palabras, se sostiene que la estructura económica determina el lugar y la forma de articulación de la medicina y de la educación en la estructura social". Pero, -según García- es necesario no solamente estudiar el contexto específico de cada país latinoamericano, sino que también debe tomarse en consideración el nivel de dependencia que cada uno de estos tiene con el imperialismo norteamericano. A partir de la periodización de la historia americana en tres etapas, puntualiza los aspectos estructurales y supraestructurales que caracterizan a cada una de ellas y resalta la práctica

y la educación médicas impulsadas coherentemente con los intereses hegemónicos en cada uno de esos períodos. Se establecen las relaciones con el discurso imperante en salud pública para los modelos interpretativos y modelos económico-militares vigentes y advierte que "...la solución de los problemas en el campo educacional y en el campo de salud también se enfrentan con obstáculos difíciles de salvar sino se toman en cuenta las fuerzas que actúan en lo político y en lo económico. La Belle y Verhine, en un artículo reciente expresan con respecto a la educación "no formal" que a menos que existan cambios en los valores e instituciones asociadas con el proceso de estratificación ocupacional de la sociedad, la educación "no formal" no podrá lograr sus objetivos de igualdad social y económica"⁴⁸. Critica en esta forma el planteamiento fenomenológico en educación que a mediados del 70 ya comenzaba a tener fuerza. En efecto, la "Educación Desescolarizada"⁴⁹ y la "Nemesi Médica"⁵⁰ de Ilich tendrían en esta época gran influencia en el pensamiento sobre la educación, en general y sobre la práctica y educación médica, en particular y posteriormente crecerían notoriamente introduciéndose con fuerza en el pensamiento Médico Social latinoamericano. En 1982 García critica a la fenomenología porque "...no diferencia la producción del conocimiento científico de los grupos sociales que la financian, que en algunas circunstancias la orientan y que generalmente, la usan"⁵¹. Además, la fenomenología -según García- reduce todos los conocimientos sociales a la motivación, a la experiencia de lo inmediato y al consenso de la comunidad, lo que produce la negación de los fenómenos estructurales, concentrándose en la experiencia diaria. En el campo de la salud, la fenomenología niega el valor de la práctica médica, da importancia a las estructuras mediadoras, las que protegen al individuo de las megaestructuras sociales productoras de enfermedad reduciendo así el papel del Estado y de las instituciones médicas y educacionales. Transfieren el rol del accionar en salud al sector privado, al autocuidado y la autoinstrucción con participación de las estructuras mediadoras. La fenomenología es, por lo tanto, una respuesta lúcida de la burguesía en un momento en que es necesario dejar tranquilo al Estado capitalista que soporta una aguda crisis fiscal, en que es necesario recabar apoyo de cualquier lugar para mantener las ero-

gaciones institucionales, en que es indispensable disminuir el gasto social y en que es urgente desarmar y confundir al pensamiento y accionar popular y democrático.

La fenomenología produce un recorte substancial del objeto saber en salud y de la educación. Todo el esfuerzo desarrollado por la Medicina Social por comprender más profundamente los determinantes de la práctica y saber en salud son criticados por esta corriente y en su lugar aparecen concepciones totalmente pobres: no se requiere conocer los determinantes de la práctica médica oficial porque esta es iatrogénica, no se necesita comprender los determinantes y relaciones de la educación escolar porque esta es abstracta, represiva y poco relacionada con la realidad, en su lugar, debe introducirse la educación desescolarizada, lo cual lleva a la conclusión de que la lucha por las reformas y cambios al interior de la escuela y el hospital-escuela son intrascendentes. No se requiere reformular el método, criticar y ubicar a la lógica formal dentro del método, dar posibilidad a la dialéctica, porque la intuición repetitiva la sustituye. No es conveniente conocer el intrincado mundo de la ciencia y sus relaciones porque no existen leyes de lo social, porque no es posible fundar un encuadre nomotético sino tan sólo ideográfico, con lo cual, de un plumazo, también se desconoce la posibilidad de la transformación social y se desvaloriza el empeño que la Medicina Social venía desarrollando con el fin de apuntalar desde el plano particular aquel intento de transformación general, al mismo tiempo que descubriría las bases de su propia transformación.

García sale al paso y propone que “La Universidad puede determinar con cierto grado de autonomía la organización de sus actividades y la reinterpretación de las necesidades sociales provenientes de la estructura externa...”. “Los cambios en la práctica médica parten del cuestionamiento del ejercicio profesional vigente y que la universidad puede incidir en la transformación de esa práctica mediante una estrategia educacional adecuada que permita el reordenamiento del saber acumulado, la construcción de un nuevo saber, la comprensión de la inserción social de la práctica médica y la incidencia sobre las relaciones sociales de producción en que está inmersa la prác-

tica médica". García se sitúa directamente en este trabajo, sobre la reforma o cambio de la educación médica escolarizada, ésto es, sobre el "para qué" de todo el esfuerzo interpretativo o "filosófico" desarrollado por la Medicina Social latinoamericana. El mismo llevó a cabo una inmensa investigación tendiente a establecer las bases estructurales de la educación médica latinoamericana y diseñó los pasos generales que debían cumplirse para activar una reforma consonante con los intereses de nuestros pueblos.⁵³

La **reforma educativa escolarizada** constituye, entonces, otro de los objetos problema de estudio que abarca la investigación médico social en el ámbito del saber. A más de los trabajos ya mencionados de García, vale la pena tomar nuevamente en consideración el trabajo de Cecilia Donnangelo, "Saúde y Sociedade"⁵⁴, que aborda el análisis de la "Medicina Comunitaria" como empeño reformista, la misma que -en palabras de la autora- "...corresponde a la búsqueda de racionalización de la práctica médica por medio de la manipulación de aspectos parciales de la estructura de producción de servicios, al mismo tiempo, una tentativa de integración de lo social a la práctica, a través de modalidades consistentes con los límites de la reforma que se proponen realizar.. La connotación primera de esas propuestas es dada por la posibilidad de compatibilizar 'reforma médica' y preservación de la estructura predominante de atención médica... la interferencia sobre los grupos que constituyen el objeto de la práctica con fines de reorientar sus patrones de acción social y compatibilizarlos política e ideológicamente con el patrón dominante político-ideológico".

En el mismo ámbito de la **reforma educativa escolarizada**, Lilia Schraiber⁵⁵ reflexiona sobre las contradicciones existentes en las propuestas tradicionales de las reformas de la enseñanza médica: las prácticas sociales, incluida la educación, al ser concebidas ideológicamente como prácticas eminentemente técnicas, sus contradicciones son interpretadas como "desajustes formales o de contenido técnico, una vez que las propias relaciones entre las prácticas sociales son entendidas como relaciones de ajustes y adaptaciones entre ellas". Pasan, enton-

ces, las contradicciones existentes en la educación médica a ser vistas como procesos de desajuste, ya sea en relación a las necesidades sociales de producción de servicios médicos, ya sea en relación al desempeño profesional efectivo (efectividad concebida como adaptación a las "necesidades de salud de la población"). Además, en todos los casos se "pretende la reformulación de la propia práctica médica a ser conquistada mediante las transformaciones educacionales". En base a esta caracterización, la autora reconoce dos tipos de reforma: a) integrativa y b) relacionada con la cobertura de las "necesidades de salud del conjunto poblacional". La primera, "abordando las necesidades sociales bajo el ángulo del cuidado médico individual, se centra en la necesidad de cambio del carácter fragmentario de la calificación de los profesionales formados por la escuela como instrumento de recomposición del acto médico individual. La segunda, abordando la misma cuestión bajo el ángulo de la extensión del cuidado médico, lo cual implica una rearticulación de los servicios y también una revalidación de los tipos de servicios predominantes, se centra en la mudanza del patrón de diversidad existente al interior del conjunto de las cualidades escolares, pretendiendo compatibilizarlas al patrón estimado a partir de las necesidades de salud como medio de reorganizar la práctica.⁵⁶

En base a este planteamiento, analiza la reforma "cientificista" representada fundamentalmente por la "reforma Flexner" que sustenta "...una educación en medicina, hoy en día consiste simultáneamente en aprender, y aprender cómo; el estudiante no puede efectivamente saber, a menos que sepa cómo..."⁵⁷. Al ser concebida, en la propuesta "cientificista" la medicina como una ciencia similar a la física o la química, la práctica médica es consecuentemente interpretada como una práctica puramente técnica, exenta de determinaciones histórico-sociales y la formación como una práctica clínica hospitalaria indisolublemente ligada a la investigación de laboratorio. En las palabras de Schraiber, "la propuesta científicista" es la elaboración más acabada -tanto en el plano conceptual cuanto en el plano de las prácticas-de las especificidades que adquiere la educación médica en el modo de producción capitalista, y con esto, antes que una propuesta de reforma, se

evidencia como una propuesta de sistematización y formalización de estas especificidades" ⁵⁸. Entre las propuestas integrativas, Schraiber analiza la "medicina comunitaria" ya estudiada en el trabajo de Cecilia Donnangelo y por último, critica las propuestas de reforma dirigidas a las "necesidades de cobertura del conjunto poblacional", descubriendo que el "núcleo de la reforma educacional se identifica con una reorientación del privilegio de la calificación especializada, en el sentido de la capacitación en el conocimiento "prioritario" correspondiente a la frecuencia y simplicidad de las patologías". ⁵⁹

En resumen, ninguna de estas reformas producen cambios profundos en la educación médica modelada por el capital. Para desarrollar una propuesta más coherente será necesario reconocer las contradicciones existentes en la propia práctica médica y en la educación en salud "para proponer prácticas que desarrollando las contradicciones puedan llevar al encuentro de formas de superación de esas mismas contradicciones"

En el momento actual, los movimientos de Reforma Sanitaria, al plantear una estrategia de lucha alrededor de la forja de una nueva **conciencia sanitaria** que factibilice la conformación de un movimiento sanitarista de nuevo tipo, activan la ampliación del objeto de estudio y requieren la implementación de nuevos caminos metodológicos que están conduciendo a la reactivación de estudios dirigidos a comprender la forma en que se genera el saber popular en salud y a descifrar la educación en salud escolarizada y no escolarizada. Por otro lado, las experiencias desarrolladas por el nuevo pensamiento médico social (salud colectiva) han abierto espacios diferentes al hospital-escuela en donde se registran las heterogeneidades sociales, se quiebra la visión tecnicista, biologicista y singular de la enfermedad, lo que consecuentemente permite proponer nuevas interpretaciones del saber y de la práctica en salud que en el presente enriquecen grandemente las posibilidades de pensar en nuevas propuestas de reforma educativa y del saber en salud que apuntalen la transformación de las actuales condiciones de vida de los pueblos latinoamericanos.

LA EPIDEMIOLOGIA (CRITICA) LATINOAMERICANA

ANALISIS GENERAL DEL ESTADO DEL ARTE, DEBATES Y DESAFIOS ACTUALES EN LA CONSTRUCCION DEL METODO

Jaime Breilh

Aportaciones Centrales del Movimiento Latinoamericano

El significado real de las aportaciones del movimiento latinoamericano, consolidado desde la década de los años setenta, se establece en medio de las urgencias socio-sanitarias de los pueblos sobre-explotados de la región y se mide comparativamente respecto a los postulados teórico-metodológicos y prescripciones prácticas de la Salud Pública oficial y la medicina hegemónica.

Lo que marca la diferencia sustancial de dicho movimiento, respecto a las escuelas convencionales, no es, como algunos lo comprenden, el buen uso, o utilización progresista de los mismos conceptos, técnicas y líneas programáticas de la vieja Salud Pública, ni es tampoco la adaptación "tercermundista" de modalidades simplificadas y hasta "folklóricas" del saber y la práctica forjados en los centros imperiales -una especie de ciencia de segunda para pueblos subordinados-, muy en boga en esta época de las "revoluciones conservadoras". Por el

contrario, esta vertiente innovadora surge alrededor de la adopción de un pensamiento científico emancipador que ha roto las amarras conceptuales y político-ideológicas de la Salud Pública positivista y fenomenológica de Norteamérica y Europa. Es por tanto una expresión particular de la lucha por la autarquía, significa el crecimiento y profundización especializada de una revolución filosófica que hasta años recientes se había mantenido lejos o en la periferie de los campos técnicos. De esa manera, este movimiento adquiere carta de identidad en la ruptura con los reduccionismos e idealizaciones de la ciencia neopositivista, porque para ejercer su vocación transformadora, arranca de una construcción objetiva de la realidad y de un nuevo tipo de vínculos con el pueblo.

El eje vertebrador de esa tarea contrahegemónica es el pensamiento materialista dialéctico e histórico, conocido genéricamente como marxismo, cuyas aportaciones decisivas frente al avance del saber en salud y a la transformación de la práctica fueron expuestas en un trabajo anterior:⁶¹

- a) La forja de una cultura de la transformación, libre y desalienada, que fertiliza un quehacer innovador y favorece un clima de compromiso con las clases sociales subordinadas.
- b) La consolidación de un saber crítico, no contemplativo, que busca transformar los objetos de conocimiento, una verdadera revolución en los postulados filosóficos del pensamiento científico en salud, superando las bases empíricas y neopositivistas que han impregnado la investigación hegemónica con su visión estática y reduccionista, y abriendo amplios caminos para la investigación de un mundo en movimiento en el que es necesario comprender de otra forma la relación entre lo biológico y lo social, entre los eventos individuales y colectivos, entre la necesidad y el azar, con lo cual ha permitido transformar sustancialmente el principio de causalidad.
- c) La profunda renovación del método científico, rescatándolo de las posturas racionalistas y empíricas, me-

diante una articulación más objetiva y dinámica de los métodos deductivo e inductivo en correspondencia con una nueva formulación de la lógica (dialéctica), produciendo un cambio en la metodología para reestructurar la integración de la base empírica y la construcción teórica en el proceso investigativo y para formular la relación adecuada del análisis cualitativo y cuantitativo, para lo teórico y lo práctico, en el proceso de verificación y demostración científicas, dando como resultado una reconformación del papel y a veces aún del contenido de las técnicas observacionales;

- d) Una interpretación objetiva de las instancias de la “práctica” y el “Estado”, desentrañando su verdadero carácter y fuerzas determinantes y transformando las concepciones funcionalistas del quehacer.
- e) La transformación que produjo en la teoría del conocimiento que ha posibilitado un estudio objetivo de los determinantes y características del saber en cuanto problemas de la formación y desarrollo del pensamiento científico, del saber tecnológico, del saber popular más estructurado de la “medicina popular” y del saber “casero”, así como las hondas repercusiones que esta teoría trajo para la pedagogía y el proceso de enseñanza aprendizaje en salud por medio del surgimiento de las modalidades de trabajo-estudio.

Alrededor de ese marco de ruptura, la investigación latinoamericana en Medicina Social se ha consolidado en estas dos últimas décadas. La época de las investigaciones débilmente fundamentadas y de orientación metodológica titubeante ha comenzado a dar paso a una era de mayor solidez teórico-metodológica y más clara articulación política. El hecho es que, al margen de cualquier consideración que se pueda hacer sobre tendencias y de los desacuerdos que están planteándose conforme crece y se diversifica la línea, lo que es cierto es que la nueva corriente va mostrando signos de afianzamiento y depuración en el método, forjando y haciendo operables propuestas innovativas que denotan creatividad y rigor.

Tan es así, que cuando se contrasta los más recientes materiales latinoamericanos sobre método epidemiológico y teorías sobre causalidad, por ejemplo, con aquellos publicadas estos días por poderosas entidades sajonas⁶² que capitanean la epidemiología positivista y se enrolan en la nueva práctica lucrativa y empresarial en que va sumergiéndose crecientemente al quehacer epidemiológico en dichos contextos, no puede dejar de reconocerse una oposición diametral entre el enfoque integrador y dinámico de las investigaciones latinoamericanas y el avance unilateral y formalista con que los teóricos de la orilla dominante profundizan en un refinado neopositivismo, a veces de corte popperiano y en otras de fundamento induccionista. Precisamente, a manera de ilustración del corto alcance epistemológico que caracteriza los debates epidemiológicos de la línea "hegemónica", en el simposio de la "Society for Epidemiological Research" (Junio de 1985) convocado por Rothman, puede mostrarse como testimonio de ese empirismo un fragmento de la ponencia presentada por un conocido epidemiólogo quien, situando los términos de la discusión sobre causalidad epidemiológica entre el deduccionismo popperiano y la inducción de Bacon, Hume y los empiristas, explica las propiedades de las causas así: "el concepto pragmático de una causa o determinante es cualquier factor que produce una diferencia; en una situación dada tiene un efecto o produce un cambio..." y "...en epidemiología reconocemos la probable presencia de una causa de un trastorno de la salud, por su coincidencia, fuera de límites acordados de probabilidad, con el supuesto efecto. Es decir el factor (x) y el resultado (y) están estadísticamente asociados"⁶³. De esa forma, el autor "moderno" sigue rescatando la vieja tradición empirista y coloca en el centro de la investigación causal los principios asociativos del plano fenoménico que Hume (1711-1776) sistematizó, -semejanza, contigüidad y causalidad- y su concepción acerca de los principios de relaciones factuales, -contigüidad, prioridad y conjunción- que son los mismos que los epidemiólogos de esa escuela han desarrollado desde la época de oro de Bradford Hill, reduciendo la investigación epidemiológica a un refinado análisis de los fenómenos o expresiones formales cuantificables. Entonces, como lo hemos expuesto en otro trabajo⁶⁴ "...las teorías epidemiológicas con-

temporáneas de base positivista y neopositivista, aunque conllevan aportes valiosos para el proceso de construcción de la epidemiología moderna y reúnen una rica experiencia, sin embargo se enmarcan en esa visión reduccionista y expresan, bajo distintas modalidades, las distorsiones de los determinismos antes señalados. En efecto, desde los postulados de MacMahon (1960)⁶⁵, pasando por los planteamientos de obras como las de Leavell y Clark (1965)⁶⁶, varios textos del tipo del de Lilienfeld (1976)⁶⁷, hasta los trabajos más actuales como los de Susser (1973,1988)^{68 69} y los más recientes de Rothman (1986,1988)^{70 71} pretenden conjuntar lo social y lo biológico por medio de la simple asociación externa. Así, toda la producción positivista asume de una o de otra forma una cosmovisión que dicotomiza lo social y lo biológico y fracciona la realidad, congelándola en factores aislados con los cuales reduce la determinación de los procesos de la salud-enfermedad a las relaciones llamadas "causales" que se establecen por asociación empírica. Frente a esa persistente reducción y parcelamiento de la realidad, la escuela latinoamericana surge, pese a sus tremendas limitaciones y dificultades, como una alternativa de mayor objetividad que, utilizando un enfoque contrario, devuelve a la mirada científica la capacidad de reflejar la compleja y dinámica unidad de los procesos y de articularse ricamente a la praxis.

A continuación se discuten algunas de las aportaciones más importantes que la Medicina Social (Salud Colectiva) de América Latina ha ofrecido, para el adelanto metodológico en el conocimiento de los problemas de la salud.

Relación con el Sujeto Popular: Una Politicidad Replanteada

En la ciencia contemporánea se reconoce el peso determinante de los vínculos prácticos de una ciencia respecto a su configuración interna. Efectivamente, el avance metodológico en las disciplinas científicas, no depende sólo de ese hilo conductor y proceso acumulativo interno, "aun cuando toda

ciencia mantiene cierta lógica interna en su desarrollo y una autonomía relativa respecto a los acontecimientos históricos generales, sin embargo sus contornos básicos se modelan como expresión de los desarrollos generales de la formación social”⁷², y la dimensión práctica de la ciencia constituye el principal proceso mediador en esa relación. La praxis científica tiene ese estatuto jerárquico y es necesario enfocar su importancia frente a la metodología.

Hay dos dimensiones de la politicidad de la ciencia que deben reconocerse en el análisis epistemológico para la comprensión del problema del método. Una **politicidad “externa”** que radica en el contenido y proyección clasista de los vínculos del trabajo científico con la sociedad y el poder, lo que podría referirse a la relación entre lo general y lo particular, y una **politicidad “interna”** que se encuentra en la construcción del modo de pensar científico y que se expresa en la configuración misma de las categorías y explicaciones que la ciencia incorpora. Es en referencia a esta segunda dimensión que Echeverría⁷³ plantea que el discurso científico sólo puede ser innovador y operar como instrumento de transformación “si es estructuralmente crítico, si vive de la muerte del discurso del poder, si resulta de una estrategia de contradecir”. Hay la tendencia a considerar la primera forma, separándola de la segunda y descuidando la congruencia interna del quehacer científico. De esa falsa dicotomía surgen posturas equivocadas acerca del papel de la ciencia frente a las clases subalternas, reduciéndolo al problema del control de la ciencia y su uso, y descuidando la transformación interna de las disciplinas. Es lo que Laurell⁷⁴ discrimina, por un lado, como una posición que llamaría **democratizadora** (la ciencia y la tecnología derivada serían neutrales en sí mismas y de lo que se trata es de dirigir su uso para el pueblo) y, por otro, como una posición **transformadora** (la ciencia al responder sistemáticamente a problemas definidos por la correlación de poder se configura de acuerdo a intereses dominantes y por eso es necesario reconfigurarla aún internamente).

Entonces el problema de la politicidad es inherente a la forma en que históricamente se desarrolla el método. La se-

lección de objetos de estudio y la manera de construirlos científicamente se interrelacionan dialécticamente, pero además, esa modalidad de construcción favorece formas de praxis con una proyección social específica, e inversamente, la forma de praxis es determinante frente al avance de la propia construcción interna de las categorías.

Los investigadores latinoamericanos han desenvuelto su quehacer en distintos tipos de contexto. La **heterogeneidad de los contextos** implica para el trabajo: el enfrentamiento de diferentes condiciones estructurales, la posibilidad de aparición de distintos objetos de estudio, la factibilidad de diversas articulaciones prácticas y la exposición a distintas influencias teóricas. Del reconocimiento de esos condicionantes se desprenden algunas reflexiones de interés para lo metodológico.

La diversidad estructural marca diferencias que deben anotarse. En primer lugar en las sociedades capitalistas dependientes, sean las más atrasadas o las semi-industrializadas, el énfasis mayor del conocimiento crítico se proyectó hasta años recientes, hacia el enriquecimiento de los instrumentos y consignas del enfrentamiento social, puesto que en sociedades altamente polarizadas y enfrentadas, el conflicto mismo debe pasar a ser parte del objeto de estudio "salud", mientras que en las sociedades de transición (más ahora que se reconoce una transición difícil), el mayor énfasis se otorga a la resolución directa y práctica de los problemas técnicos emergentes, por lo cual el problema necesariamente enfocado es la funcionalidad.

Desde el punto de vista metodológico, esas distintas realidades históricas conllevan fortalezas y debilidades propias. En América Latina, las investigaciones que se han forjado en la crítica de la salud en las sociedades clasistas, han logrado fortalecer los recursos de las ciencias sociales y han mostrado un mayor esfuerzo para incorporar el materialismo dialéctico y lograr una integralidad y penetración en la esencia de las determinaciones, por eso han impulsado replanteamientos teórico-metodológicos según las urgencias y posibilidades objetivas de cada contexto, pero, por ubicarse "fuera" del poder,

en la oposición política, ha disminuido su posibilidad de instrumentar técnicamente las propuestas alternativas para las instituciones, porque las acciones se ejecutan insertándose junto a los sectores populares, con toda la riqueza y limitaciones que eso conlleva. En otras palabras, al margen de las pequeñas fisuras que existen en la máquina estatal capitalista y que han permitido el desenvolvimiento vigilado de cuadros progresistas, el Estado drena poder a la población, controla y subsume las propuestas que surgen en su seno y las desnaturaliza, restándoles su capacidad crítica y viabilidad como alternativas de construcción de un poder hacia "afuera". Lo grave es que, muchas veces, esa cuota relativamente pequeña de poder vigilado que se entrega a los técnicos en el aparato estatal, incluido el universitario, han subyugado a muchos de estos, haciéndoles pensar que el poder popular puede fortalecerse desde el quehacer tecnocrático y por el sólo desarrollo de las fuerzas productivas. En cambio, el trabajo funcional en las sociedades de transición ha empobrecido el horizonte crítico de la producción en las mismas, pero ha potenciado su experiencia instrumental, aunque sea sobre bases interpretativas muchas veces equivocadas, produciéndose el efecto aparente de que son estas últimas las que funcionan, cuando en realidad lo que ocurrió fue que la conquista del poder democrático real y la reconfiguración de la esencia misma del Estado y su proyección, lograron replantear las posibilidades de impacto de los servicios y programas convencionales. Así por ejemplo, lo que ha otorgado eficacia a los CDR cubanos, a los programas de salud familiar en la Isla, a las acciones preventivas en los ámbitos del consumo y del trabajo, a los modernos recursos de la cirugía y diagnóstico implementados en Cuba, etc., ha sido el efecto impulsor de la revolución, la lógica de igualdad social que se tornó hegemónica y el replanteo de las prioridades en la inversión y distribución de la riqueza social y de los recursos tecnológicos, que han transformado profundamente la calidad de vida, al margen de lo cual, no tiene ningún sentido interpretar la eficiencia del sistema de salud construido por la revolución en la tierra de Martí, y peor aún, pretender transportarlo a nuestro contexto, donde no se dan las condiciones anotadas.

La lectura del problema metodológico en nuestras socie-

dades, exige considerar entonces, especialmente para el caso de los países capitalistas de la región, que la diferencia estructural implica también una distinta evolución del crecimiento y relaciones entre las clases, de sus sistemas de necesidades de clase y, como "son estos los aspectos que definen las condiciones objetivas para el surgimiento de las categorías 'celulares' (en el sentido marxiano), alrededor de las cuales gira el avance de los 'marcos teóricos' ...no es de extrañarse, por ejemplo, que dentro del campo de estudio de la epidemiología los problemas obrero-industriales hayan alcanzado antes pertinencia y mejor horizonte de visibilidad en los países con mayor desarrollo del capitalismo monopólico" ⁷⁵ como México y Brasil.

También los "condicionamientos estructurales definen las posibilidades subjetivas, las condiciones de acumulación de conocimiento, las posibilidades para la elaboración teórica de los problemas, por parte de técnicos, profesionales y científicos politizados" ⁷⁶. Si a eso se suma la diferencia de inserción práctica de los investigadores, unos vinculados a la acción partidaria, otros al trabajo gremial, a los sindicatos, a las federaciones barriales, etc., donde cada contexto presenta objetos de estudio distintos que presionan al desarrollo de categorías diferentes, se podrá entender la aparición de distintas tendencias y énfasis metodológicos que se comentarán más tarde.

El movimiento latinoamericano está transformando la politicidad de la medicina social en esas dos dimensiones: primero, una articulación distinta del trabajo académico y técnico con el pueblo, mediante la superación de ese paternalismo verticalista para contribuir a la formulación de un proyecto histórico global de las clases subordinadas, proyecto que busca ampliar y consolidar los espacios democráticos de construcción de un poder popular en la gestión, que pretende rescatar la autarquía de los países en las decisiones de salud y que se proyecta como instrumento de canalización de las necesidades más profundas de las masas, incorporando la participación de los grupos dominados como sujeto del proceso de conocimiento y, en segundo lugar, una reconfiguración teórico-metodológica que se estructura alrededor del eje materialista dialéctico, y permite reflejar la realidad objetivamente, en su movimiento

y relaciones antes que en el contacto externo de cosas o "factores de enfermedad", transformando los diagnósticos, para entender los procesos mediante los cuales la "totalidad" (socio-económica) con sus contradicciones determina el movimiento, las condiciones y límites del desarrollo de la "parte" (patrones generales de salud) pero, a su vez, de qué forma las condiciones específicas de la "parte" (salud) contribuyen, dentro de esos límites, en la configuración y dinamismo del objeto-problema del quehacer, según el momento y el sitio que se hayan seleccionado para actuar ⁷⁷. Entonces, el movimiento latinoamericano recogió como uno de los desafíos metodológicos centrales el replanteamiento de la relación sujeto-objeto, que implica una profundización de la relación entre la ciencia y el saber popular. En la metodología convencional el sujeto es la academia y/o el Estado, el objeto es la colectividad, la cual, en el mejor de los casos desempeña un papel pasivo o de apoyo secundario en el proceso de conocimiento, y obviamente, los intereses u objetivos que se realizan son los del Estado y las fuerzas del poder. En cambio, la nueva corriente busca incorporar la colectividad al sujeto cognoscente bajo un nexo orgánico con los expertos "democráticos" y, los problemas epidemiológicos de la colectividad son mirados bajo el interés histórico de esa población. Por eso es que cobra especial trascendencia la inquietud planteada por Noriega respecto a la necesidad de trabajar teóricamente sobre la participación de los trabajadores en el proceso de conocimiento científico: "a)¿Genera conocimiento, difunde conocimiento o ambas?; b)¿Es también un problema ético y de respeto? (cosa no menor en la investigación);y c)¿Es esencial como elemento político y de transformación social?" ⁷⁸

La trascendencia política de este modo integrador de construir los objetos-problema es la de recuperar la unidad de la realidad y entender los determinantes de su movimiento. La forma desarticulada con que la ciencia convencional mira la realidad lleva a una práctica igualmente desarticulada y superficial. Es decir, la lucha por la transformación social y de la salud se enriquece e interalimenta con la transformación de la ciencia y su método, un proceso de revolución social que se proyecta y recrea en la revolución teórica.

En síntesis, dos son las transformaciones metodológicas que ha implementado el movimiento latinoamericano y que se relacionan al asunto de la politicidad de la epidemiología: una modificación del carácter y de los mecanismos de la relación sujeto-objeto en la investigación¹ y una construcción racional de los problemas de salud que supera la visión estática y parcelaria de los factores para transformarse en una visión dinámica del movimiento de los procesos y sus relaciones, de tal modo que, pueda desentrañarse la patogenicidad de una estructura social explotadora y conflictiva que destruye la vida e impone patrones destructivos, pueda develarse la manera en que una organización política dominante desnaturaliza el papel del Estado en función de la vida e introduce un comportamiento institucional corrupto, despilfarrador, ineficiente e ineficaz y, finalmente, las consecuencias epidemiológicas de una cultura alienante y coheritiva.

Nueva Construcción del Objeto Epidemiológico y la Subsunción de la Lógica Formal

Para la Medicina Social (Salud Colectiva) de nuevo cuño fue imperioso trabajar en la transformación del método y plantear una construcción distinta de la realidad. Los esquemas empírico-funcionalistas eran incongruentes con la necesidad de conocer a fondo para aportar a la transformación. Era esencialmente contradictorio aducir la importancia de lo social, mientras la esencia de lo social no se había incorporado en la entraña misma de los conceptos y relaciones del conocimiento, y por tanto de la práctica. Era un simple reconocimien-

1 Al respecto, es especialmente sugerente la propuesta del grupo de la Universidad Autónoma de Xochimilco (Laurell, Noriega y otros) para la implementación de una forma modificada del modelo obrero que explora la participación de los trabajadores en la investigación, mecanismos de estudio de la fábrica "a distancia" y la articulación directa del proceso educativo en la lucha gremial.

to retórico del hecho determinante de lo social respecto a lo biológico, cuando se lo había relegado a una ubicación externa, convirtiéndose, en términos metodológicos, en una variable más del análisis. Era incongruente teorizar sobre la decisiva importancia de la prevención, mientras por otro lado se la reducía a las restringidas medidas clásicas de prevención individual etiológica, desplazando del campo de interés todo lo que pertenece al estudio de las condiciones de reproducción social que experimentan los conglomerados socialmente diferentes. Por esas razones, el quehacer cumplido a lo largo de una buena parte de los años setenta se encaminó a la crítica y replanteamiento teórico. Especialmente en la primera mitad de esa década el contexto latinoamericano se vió plagado de dictaduras y estados de excepción que, como lo explica Granda⁷⁹, “persiguieron a la intelectualidad progresista que debió, según los contextos, recurrir al exilio o refugiarse en las universidades y centros de investigación” para salvar su creatividad y pensamiento crítico. De ese modo, en los espacios de mayor apertura y tolerancia, la izquierda en salud se dedicó a continuar el esfuerzo iniciado por los pioneros de la Salud Pública de nuevo cuño y a consolidar un marco distinto para el quehacer y pensamiento.

La línea progresista de epidemiólogos y salubristas de la generación de oro de Chile como Hernán San Martín, Gustavo Molina, Hugo Behm y Rolando Armijo debía proyectarse en una nueva fase¹. Es entonces, bajo nuevas condiciones históricas que aparece la producción pionera de Juan Cesar García. Luego de varios escritos iniciales, la publicación en 1972 de su “Educación Médica en América Latina”⁸⁰ marca la aparición de un pensamiento marxista, incorporado, por primera vez, en el cuerpo teórico metodológico de la investigación en salud colectiva. Esto no quiere decir que médicos marxistas no hayan

1 En un trabajo anterior (CEAS - Heterogeneidad Estructural y Epidemiología en la América Andina - Oro Preto, III Seminario Latinoamericano de Medicina Social, 1984) se revisan las condiciones históricas que hicieron posible la aparición del citado grupo chileno que encabezó la fase precursora del progresismo en salud.

realizado aisladamente, importantes investigaciones de denuncia del capitalismo frente a la enfermedad desde las primeras décadas del presente siglo, como puede ejemplificarse con la producción de Ricardo Paredes⁸¹, pero el signo distintivo del movimiento que nace con García, Savloff y Jimeno, y otros que en etapa temprana secundaron y amplificaron su labor, como Miguel Márquez y María Isabel Rodríguez, será el desarrollo de un trabajo sistematizado y permanente en todo el campo de la salud colectiva que cobrará forma de movimiento, simbólicamente conformado en Cuenca (Ecuador) en 1972. Desde entonces fue multiplicándose la tarea reformuladora. Los grupos y autores comenzaron a madurar propuestas metodológicas que se bosquejaron en los primeros trabajos con los cuales se inició una superación seria del diletantismo de años anteriores.

En **epidemiología** se sistematizaron las **primeras aportaciones críticas y metodológicas** de este movimiento alrededor de 1975. Laurell^{82 83 84 85 86}, publicó sus trabajos iniciales, con una crítica general a las concepciones positivistas y propuestas preliminares para teorización distinta del proceso salud-enfermedad. Un hito importante en su tarea de replanteo teórico-metodológico es la publicación de su trabajo de "Análisis de la Morbilidad en Dos Pueblos Mexicanos" (ya citado-1976) en el que ya se perfila su preocupación por el estudio de las condiciones estructurales como determinantes de la salud y el impacto de la penetración de las relaciones sociales capitalistas en la transformación de las condiciones de vida, incluidos los tipos de actividad productiva y subordinación por asalariamiento de la fuerza de trabajo, todo esto encuadrado en un análisis robusto, en un manejo cada vez más solvente de las ciencias sociales y con una dirección que le llevaría, en años posteriores, a especificar su búsqueda en la temática de la salud y el trabajo y plantear las categorías de desgaste y nexo biopsíquico humano (respecto a las cuales se plantea una discusión en otra parte). También en 1975 apareció un trabajo pionero de Arouca⁸⁷, que aunque discute principalmente aspectos de la práctica preventiva, trae una crítica epidemiológica del positivismo ecologista que fundamenta las propuestas de la Medicina Preventiva. En 1976 el autor del presente

estudio y un grupo de compañeros publicaron los primeros trabajos de una crítica epidemiológica marxista en Ecuador (1976)^{88 89 90} y, un año más tarde, apareció una propuesta teórico-metodológica más estructurada, que tiene en su centro las categorías de reproducción social y perfil epidemiológico⁹¹ alrededor de la cual se han construido avances posteriores no sólo en epidemiología, sino en investigaciones de la práctica y el saber. Otros trabajos representativos de esa fase inicial fueron los que se encaminaron al replanteamiento de la relación entre esencia y forma o, mejor, al análisis de los fundamentos para la interpretación del referente empírico o registro estadístico. Tales son los estudios publicados por Tambellini (1975)⁹², con un replanteamiento dialéctico de la relación entre el azar y la necesidad en la génesis de la mortalidad por accidentes, y Escudero (1976)⁹³ con su trabajo desmitificador de la información epidemiológica oficial.

Hacia fines de los años setenta y primera mitad de los ochenta, a la par que se estructuraron bases suficientemente específicas del discurso crítico, se lograron los esclarecimientos iniciales y deslinde de campos con el empirio-positivismo y la fenomenología, aparecieron nuevos desafíos. Había que plantear una propuesta más orgánica, sentar bases instrumentales y operacionales para la implementación de la acción de campo que permitiera avanzar en el conocimiento necesario para la formulación de un proyecto popular. En las palabras de Granda, era el momento en que "una vez consolidado un marco interpretativo distinto...debíamos comprender como desarrollar y direccionar la ciencia en salud para sacarla del marasmo en que se encontraba, teníamos que comprender cuales eran sus determinantes en nuestro contexto, cuales ramas científicas debían ser fortalecidas a través de la movilización democrática y popular, entender que aspectos tenían mayor prioridad, como atraer los recursos hacia dichos campos y sobretodo formar un personal científico profundamente politizado...encontrar nuevas formas de docencia...un esfuerzo investigativo profundamente conectado con el quehacer práctico, con la elaboración de instrumentos de transformación... (en definitiva)... teníamos los conocimientos básicos para retornar a la sociedad, para cuestionar a las

instituciones del Estado, para comprender el papel de la cultura en la salud y en la demanda de servicios, en la posibilidad de inquirir sobre el movimiento social y la salud...a figurarnos una respuesta sobre la distribución de la salud en el espacio, las diferencias sociales en salud, etc."⁹⁴ En ese momento ocupó un lugar preponderante la tarea de **consolidación instrumental, multiplicación docente y diversificación de los objetos de transformación**. Este desarrollo arrancarí­a de los planteamientos teóricos más robustos para discutir las técnicas de observación y análisis, generar espacios de inserción concreta y obras docentes. Son signos distintivos del momento, primero, la proliferación de los primeros trabajos de investigación sobre problemas específicos a los que se aplicaron las reformulaciones logradas, donde, poco a poco se irían manifestando direcciones de profundización distinta y, segundo, el surgimiento o consolidación de espacios y recursos investigativos y/o de multiplicación docente de la línea (a las primeras maestrías de Medicina Social de Río -1974- y de Xochimilco -1976- se sumaron las de Quito -1980-, La Paz -1984- y se consolidaron los centros de estudio CEBES -1976- y ABRASCO -1979- en Brasil, el Centro de Estudios Sanitarios y Sociales de Argentina (Rosario) -1978- y el Centro de Estudios y Asesoría en Salud de Ecuador -1979-, que constituyen los espacios decanos y más representativos del desarrollo de la tendencia) e incluso la aparición de textos de metodología y proyección docente del nuevo enfoque, como "Investigación de la Salud en la Sociedad -1979- ".⁹⁵

El proceso de **diversificación de los objetos** de estudio y avance metodológico se debió a las determinaciones históricas que fueron analizadas en una sección anterior. De modo general pueden distinguirse algunas **areas de énfasis** en los trabajos más representativos de esta fase: epidemiología **laboral y del consumo**, epidemiología del **espacio o territorio** y, menos

desarrolladas, la epidemiología del **poder y la organización**,¹ y la **epidemiología histórica**. Unas veces los estudios están referidos a grupos o clases particulares y en otros al ámbito regional o nacional. En anexos constan los listados de la bibliografía recogida de la considerable producción latinoamericana, aquí sólo cabe destacar algunos, con el fin de plantear avances y dificultades y también algunos puntos de divergencia.

En el terreno de la investigación sobre la salud-enfermedad en la población, buena parte de los trabajos todavía giraron, al menos en los primeros años de esta fase, alrededor de la distribución clasista de los "efectos" como la mortalidad, más que en torno de la dinámica o génesis de los procesos epidemiológicos.

La investigación de la **epidemiología del consumo** se concentra en el conocimiento de los procesos determinantes de la salud-enfermedad colectiva relacionados con la conversión de los productos en objetos de disfrute -sujektivación de los objetos-. El consumo se realiza tanto en la población de trabajadores como de sus dependientes y se realiza en varias dimensiones o formas de conversión interrelacionadas: de los bienes mediados por la distribución -mercado-, de los bienes distribuidos por el Estado -salario social-, de los bienes producidos en el trabajo familiar-doméstico en el seno de las estrategias familiares-comunitarias y, por último, de los valores de uso naturales como el oxígeno. En el sistema unitario de contradicciones de la reproducción social, el proceso de consumo forma unidad dialéctica con el proceso de trabajo, con las formas de vida político-culturales de los conglomerados, con las condiciones del territorio-medio geográfico y, al concretar-

1 Aquí se incluyen los trabajos dedicados a la investigación de los procesos políticos y culturales vinculados al desarrollo de la organización y de la conciencia autárctica que son determinantes de la salud-enfermedad. Es el campo de la epidemiología de la agresión institucionalizada y paramilitar, de los efectos de la lucha popular sobre la salud-enfermedad. Es el campo de la epidemiología de la agresión institucionalizada y paramilitar, de la conciencia individual y colectiva.

se en los individuos se relaciona con los procesos de carácter fenotípico y genotípico que se desarrollan en los cuerpos humanos de los miembros de cada clase social y que por tanto participan en la dinámica de la salud (asunto sobre el que se volverá más tarde). Sin embargo en los estudios de la fase que se analiza, se muestra una tendencia a aislar el estudio del consumo sólo a algunas de sus dimensiones, desmembrándolo de esos otros procesos. Desafortunadamente, dicha desvinculación no se realizó metodológicamente como recurso de énfasis en el conocimiento, sino como limitación en la construcción de la unidad dialéctica de la reproducción social (igual cosa ha sucedido con la epidemiología del trabajo).

El nuevo marco interpretativo determinaba la necesidad de discriminar cualitativamente la calidad de vida y las condiciones epidemiológicas de las clases sociales y por eso, buena parte del esfuerzo realizado en esas etapas, sea frente al procesamiento de datos secundarios o para el diseño de encuestas, fue para **definir y operacionalizar nuevos sistemas de estratificación social**, puesto que las estratificaciones empiristas que se habían empleado hasta ese momento, partían de criterios empírico-inductivos de estratificación por variables.¹ En este punto es importante recuperar dos tipos de producción: la realizada desde el campo de la nueva demografía y la de estudios propiamente epidemiológicos. En el primer caso, a partir del trabajo "clásico" de Behm y Rosero (1977)⁹⁶ en el que se empleó la educación materna como variable de inferencia de la clase social y el método de Brass para la estimación de los diferenciales de mortalidad por regiones socio-econó-

1 En una recopilación reciente sobre "Medición (sic) de la Clase Social en Epidemiología" elaborada por Liberatos, P.; Link, B. y Kelsey, J. (Epidemiologic Reviews 10: 87-121, 1988) constan las propuestas empiricistas de clasificación social de la población en epidemiología, que parten unas veces de la ocupación, de la educación, del ingreso como variables aisladas o sistemas de índices compuestos como los de Duncan, el de Hollingshead, el de Nam Power o el de Warner, todos los cuales son esquemas lógico-formales de segregación empírico inductiva.

micas y clases sociales, hasta la publicación del libro de Dierckxsens (1979)⁹⁷ con una profunda discusión, desde la economía política, sobre las clases sociales, la producción demográfica logró avances de enorme utilidad epidemiológica. La investigación de Celis y Nava (1979)⁹⁸ que estableció las diferencias en estructura de la mortalidad entre la casuística hospitalaria de México es otra expresión de esa tarea nueva discriminadora que se impuso el movimiento latinoamericano. Las investigaciones de Carlos García (1982 y 84)^{99 100} permitieron establecer estimaciones de mortalidad segregadas por clase social, tanto en comparaciones temporales como de tipo transversal, utilizando las técnicas de Trussell, comparadas con datos de encuestas de hogares y estadísticas vitales. También los estudios efectuados desde el ángulo demográfico fueron los de Jiménez y Minujín (1984)¹⁰¹ y el de Bronfman y Tuirán (1984), este último formulando una propuesta para el estudio de las **fracciones de clase**. Estos trabajos desarrollaron la operacionalización de la clase social como fue definida por Lenin en "Una Gran Iniciativa", llegando a resultados semejantes a los que el CEAS de Ecuador había obtenido tres años antes en un estudio sobre el aborto. En efecto, en la vertiente de los estudios epidemiológicos sobre la mortalidad, uno de los trabajos originales en esa dirección fue el realizado por el CEAS en 1981 acerca del aborto en Ecuador,¹⁰² donde se implementa la categoría de clase social (en cuanto situación de clase) tal como Lenin la explicó en "Una Gran Iniciativa" y la cual reconoce una inserción en el aparato productivo, relaciones sociales, relaciones técnicas y relaciones de distribución que fueron operacionalizadas para instrumentar un estudio retrospectivo modificado, e iniciar una línea de investigación sobre la dialéctica de la reproducción social. Se distinguió en ese estudio la situación de clase ("clase en sí") con la posición de clase ("clase para sí"). Esa nueva estratificación señalaba la necesidad de identificar a las clases según su vínculo estructural y no por los efectos de la misma (tales como: el ingreso, el nivel educativo y otras características componentes y derivadas de la inserción). Era la etapa en la que se buscaba discriminar "transversalmente" las clases para comparar sus índices epidemiológicos. Otro trabajo importante que siguió esa línea de búsqueda fue el de Bloch, Belmartino, Troncoso y Torrado

(1984)¹⁰³ que estudió los diferenciales de clase para la mortalidad infantil, incorporando una innovativa variante técnica de prospección.. Una investigación también representativa de esa fase de la construcción fue la del boliviano Argandoña (1985)¹⁰⁴ quien utilizó la categoría clase social para analizar el comportamiento diferencial de los cuadros sindrómicos depresivos, descubriendo, de esa forma, contrastes importantes de una misma entidad en varias clases. Un año más tarde Menéndez y Dí Pardo (1986)¹⁰⁵ publicaron un trabajo polémico que aborda la crítica de las estratificaciones utilizadas, cuestionando acertadamente las falencias de las propuestas empíricas pero con una errada extrapolación a toda la producción latinoamericana, debida seguramente a la falta de conocimiento sobre los trabajos latinoamericanos que aquí se citan y muchos otros que se incluyen en el listado bibliográfico ampliado que consta en anexos.

Es interesante resaltar el avance metodológico que experimentó en años posteriores la investigación de los determinantes de salud-enfermedad en la esfera del consumo, porque asumió el conocimiento de la génesis o movimiento de la determinación epidemiológica y no sólo el contraste "transversal" de los diferenciales. La categoría en torno a la cual se desarrollaron estas aportaciones fue la de **reproducción social**. En esta línea se registra como una aportación temprana la fundamentación teórica que el autor de esta recopilación publicó en su obra ya citada "Epidemiología: Economía, Medicina y Política" (1979), donde se establece una lectura epidemiológica de la economía política y se sitúa la dialéctica de producción y consumo en el marco del sistema de contradicciones que operan como determinantes epidemiológicos. En esa misma dirección aparecieron varios trabajos de los cuales se puede destacar un estudio de Torrado (1983) que en su aportación demográfica ofrece a la epidemiología pautas instrumentales para el análisis de la unidad familiar aplicado a la observación de fuentes secundarias y la comprensión de las llamadas estrategias de vida que serán incorporadas al acervo metodológico de la epidemiología para el examen de los **procesos mediadores familiares**. Luego se sucedieron estudios que profundizan en aspectos específicos del consumo. En unos

casos como el trabajo de Molina (1982)¹⁰⁷ se enfocó los patrones socio-familiares como determinantes de los procesos infecciosos, en otros casos como los estudios de grupo de Guadalajara se analizaron los patrones familiares de distintas clases sociales y la relación entre las estrategias de supervivencia, condiciones políticas y culturales con la inserción productiva y la producción de tipos de morbilidad (Mercado-1982¹⁰⁸ y Uribe-Ramirez 1987¹⁰⁹). También a manera de ejemplo de la nutrida producción brasilera en esta línea, cabe citar los trabajos sobre reproducción social, patrones de nutrición familiar y lactancia publicados por Goldenberg^{110 111} que exploran ricamente el proceso de conformación de las mediaciones familiares en las distintas clases y en su relación con los perfiles laborales de la mujer. Finalmente, están los estudios epidemiológicos aplicados al análisis de la demanda de servicios y evaluación de la oferta estatal como es el caso del estudio del CEAS¹¹² en el cual se empleó la investigación epidemiológica como base para la construcción de la necesidad popular en un barrio urbano, a partir de la cual se evaluó los programas locales y la adecuación de las políticas centrales.

El interés por la **epidemiología laboral** surgió, en promedio, más tarde que los estudios de clase iniciales. Es un campo en el que se han producido en las maestrías y centros de investigación latinoamericanos una considerable cantidad de trabajos cuya riqueza no corresponde analizar aquí puesto que en otro componente de esta publicación son cubiertos en profundidad. Especialmente en México y Brasil, dos de los países semi-industrializados de la región donde el objeto de estudio o proceso laboral en grandes unidades productivas y el obrero colectivo se presentaba más claro y desarrollado, se produjeron los avances más interesantes de ese momento, sin embargo también en Colombia, Ecuador, Perú y Chile existen esfuerzos importantes en la construcción de esta área de la epidemiología.

Los nudos problemáticos de carácter metodológico más importantes que aparecen en la epidemiología laboral se refieren a: cómo ligar la investigación del proceso productivo a las otras contradicciones de la reproducción social, cómo imple-

mentar la nueva relación sujeto-objeto o investigación participativa en contextos no fabriles y formas productivas no capitalistas y el sector terciario, cómo articular la investigación del trabajo familiar-doméstico y diferenciar sus procesos determinantes del trabajo insertado, sobretudo en la epidemiología laboral de la mujer y de las clases que realizan su trabajo en el domicilio. Es importante también esclarecer, no sólo en la epidemiología laboral sino en las demás, una conceptualización correcta de la relación entre el pensamiento científico y el saber popular. Es decir, se percibe como un problema metodológico central la articulación de los fundamentos y requisitos del conocimiento científico con las posibilidades del saber popular que se integra como herramienta en la investigación epidemiológica, no tanto como un asunto de validación sino como un problema de complementación. Es el caso de la relación entre la encuesta colectiva del modelo obrero y sus variantes, respecto a la encuesta epidemiológica individual, asunto en el que no se trata de validar lo uno frente a lo otro, sino de entender las capacidades explicativas de lo uno y lo otro, así como su complementación en el análisis.

Una mirada panorámica a las aportaciones del movimiento latinoamericano en este campo rebasa la responsabilidad de este capítulo, pero quizás pueden mencionarse algunos trabajos con el sólo fin de resaltar el tipo de avances metodológicos que se han cumplido en este terreno. En México se realizó a fines de los setenta un estudio de los electricistas (1978 y 81)^{113 114} que es de ruptura, porque a pesar de su esquema metodológico clásico, inicia una aproximación distinta al conocimiento de la unidad productiva, con su génesis histórica y la organización del trabajo en sí misma, con lo cual abrió paso a modalidades de investigación que comenzaron a rebasar el abordaje empírico. Analiza las diferencias del perfil patológico, accidentabilidad y sobrevida de los trabajadores vinculándolos a la forma de explotación de la fuerza de trabajo y la organización del proceso productivo. Dos años más tarde Terán y Espinosa (1983)¹¹⁵ reeditan dicho procedimiento con los trabajadores eléctricos de Quito, incursionando en la relación con el consumo de los trabajadores. Importantes estudios transicionales de esta línea, que utilizan creativamente las fuentes

oficiales como recurso metodológico para demostrar la patogenicidad del trabajo bajo el capitalismo, son los de Sepúlveda sobre el trabajo de construcción (1979)¹¹⁶ y sobre el impacto de la crisis en los trabajadores (1987)¹¹⁷ Cohn, Karsch, Hirano y Sato (1985)¹¹⁸ el cual utiliza también la entrevista a los trabajadores como recurso metodológico. Pero la epidemiología laboral llega a su madurez con los trabajos de Laurell, Noriega y Márquez (1983 al 89)^{119 120 121} y más recientemente de miembros del grupo Xochimilco (López, Garduño, Ríos y Villegas) en México y de Tambellini (1981)¹²² en Brasil. , porque en estos se avanza notablemente en la construcción del objeto de estudio particular de la epidemiología laboral, incorporan con rigor las categorías de la economía política al estudio del proceso productivo, las modalidades de extracción de plusvalor y el cambio tecnológico articulándolos a la observación epidemiológica del proceso laboral y logrando innovaciones aún en la relación sujeto-objeto de la investigación. Echeverría (1987)^{123 124} en Chile, a la vez que analiza el efecto epidemiológico de las nuevas tecnologías (burótica, robotización, etc.) incursiona también en la investigación del llamado trabajo precario, la problemática de la heterogeneidad productiva del capitalismo periférico y la imbricación de formas de punta con formas de sobreexplotación y trabajo atrasado como la subcontratación, los contratos a corto plazo, trabajo a domicilio, trabajo estacional y formas de trabajo clandestino y termina lanzando la propuesta de avanzar en la línea de los estudios sectoriales o intermedios. Betancourt (1984 al 90)^{125 126 127 128} ha desplegado un importante esfuerzo por contrastar las ventajas y limitaciones de los modelos propuestos, por incorporar a los planteamientos alternativos el uso de técnicas como las de estudio de diagramas de bloque y flujos y por impulsar el conocimiento de las distorsiones que el Estado introduce en la práctica de la "medicina ocupacional". Recientemente, Kohen¹²⁹ concluyó un estudio en el que se obtiene interesantes conclusiones sobre la antes mencionada relación entre la encuesta colectiva y la individual frente a la epidemiología del estrés y el trastorno mental en las trabajadoras. Conocemos que existen fuertes grupos en este campo tanto en Venezuela como en Perú, pero lamentablemente hasta el momento de elaborar este análisis no pudimos obtener sus traba-

jos para analizarlos en esta brevísima revisión de las aportaciones metodológicas.

No puede dejarse de mencionar las reflexiones teóricas que al respecto del proceso laboral y la salud, publicó Juan Cesar García (1984)¹³⁰, quien discutió la importancia metodológica de las categorías trabajo concreto y trabajo abstracto en el examen de los problemas de la salud laboral en el capitalismo, enfoca las condiciones estructurales como moldeadoras de las demandas al trabajo y el desempleo, en su relación con la "fatiga patológica" y "enfermedad de la pereza", cuya interpretación en las sociedades agrícolas y en las más industrializadas de América Latina ya fue tratada en uno de sus trabajos anteriores¹³¹. Ha sido este un terreno de la epidemiología que ha ofrecido invalores aportaciones y que ha realizado un devenir importante desde las primeras fases cuando se estructuraba incompletamente alrededor de la categoría "proceso laboral" hasta alcanzar un desarrollo teórico-práctico forjado alrededor de la categoría "proceso de producción". En una sección posterior se contrastan algunas de las propuestas metodológicas más acabadas en el campo de la epidemiología que tienen indudable trascendencia para la investigación de la epidemiología laboral.

La epidemiología geográfica o del territorio es otra área donde se ejerce el trabajo reformulador del movimiento latinoamericano. Se trata de replantear la interpretación y estudio del medio geográfico para superar la visión estática y pasiva del mismo frente al proceso salud-enfermedad. Se investiga para comprender la segregación social del espacio y el comportamiento y distribución de los procesos epidemiológicos, para entender la lógica de la distribución de los servicios de salud y su papel epidemiológico y se estudia los procesos ecológicos para entender su historicidad.

Es este un filón de enorme importancia para el desarrollo de la epidemiología y de su aplicación frente a la planeación social. En la actualidad se da un debate acerca de las bases teóricas para la interpretación del espacio. Desde los trabajos de Marx y Engels, Lefebvre, pasando, por los de Castells,

Harvey y otros, se han producido avances metodológicos importantes en el estudio del territorio, lo cual es una necesidad imperiosa para la investigación epidemiológica.¹ Un hecho evidente es que en el análisis epidemiológico del espacio, se pone en claro, una vez más, la capacidad explicativa y bondades analíticas de la concepción marxista de la reproducción social. Berquío (1982)¹³² la aplicó a la regionalización del territorio brasilero, delimitando zonas que por su historia social y desarrollo económico pudieron considerarse. Se conocen muchos trabajos realizados en esa óptica pero los requerimientos de la investigación epidemiológica implican otros problemas metodológicos y la inclusión de aspectos de los fenómenos naturales. En esta línea, varios estudios del CEAS tienen un carácter precursor. La investigación sobre los determinantes del aborto (1985)¹³³ y la de la mortalidad infantil diferencial en el área urbana de Quito (1983)¹³⁴ parten de una regionalización epidemiológica que se fundamenta en la distribución espacial de las formas de organización productiva y confluencia de clases con sus perfiles de reproducción social para conformar zonas homogéneas cuya construcción teórica se bosquejó en esos

-
- 1 Una de las discusiones teóricas más recientes y completas a cerca de la llamada teoría del espacio, también reconocida como teoría del territorio o lo que en términos del materialismo dialéctico-histórico sería la interpretación de las condiciones naturales externas, es la que ofrece Pradilla en su libro "Contribución a la Crítica de la Teoría Urbana" (México, ediciones de la UAM-X, 1984).

años. En trabajos más recientes sobre "Geografía de la salud en Ecuador" (1990)¹³⁵ y "Deterioro de la Vida en Ecuador" (1990)¹³⁶ se llegó a la construcción de la categoría **corepidema**¹ que expresa la contradicción entre el carácter benéfico o destructivo que pueden tener los elementos geográficos como consecuencia de las contradicciones del orden social que los determina y, a la vez, el efecto que aquellos tienen en la sociedad y en la salud-enfermedad. Esta idea se desarrolla y lleva a operacionalización en un libro reciente de investigadores del CEAS donde se analiza la implantación espacial de las formas de reproducción social en las zonas epi-climáticas del país, formulando una matriz de regionalización alternativa y comprendiendo la dinámica del espacio donde se desenvuelve históricamente la reproducción de las clases y se expresan sus perfiles de salud-enfermedad. De ese modo surge la concepción epidemiológica integral del **distrito epidemiológico** como base para la planeación social y el otorgamiento de prioridades en el territorio.

La investigación de la distribución de la mortalidad ha sido un campo de aplicación de esa epidemiología del territorio, a más de las investigaciones del CEAS antes citadas aparece el trabajo de Berquó (1982)¹³⁸ Mercer¹³⁹ y el de Blanco¹⁴⁰ esta última desemboca en la propuesta de las "unidades socio-espaciales de reproducción" utilizando la categoría de Pradilla de "soportes materiales de vida".

-
- 1 COREPIDEMA es una categoría acuñada por Breilh y Granda (CEAS) que viene de las raíces griegas "jore" que significa espacio, lugar o región y "epidemos" que etimológicamente significa "sobre la población". Expresa una síntesis de los histórico-natural o modelo espacial donde se distinguen formas de desarrollo de la estructura económica implantada en el territorio, se acumulan ciertos patrones de vida social preponderantes y característicos con perfiles de salud-enfermedad típicos (incluidas formas fenotípicas y genotípicas), todo lo cual ocurre en zonas de vida específicas principalmente determinadas por condiciones de fertilidad, pluviosidad, humedad y temperatura promedio, producidas históricamente y que participan en la determinación (codeterminación) del proceso salud-enfermedad.

También el estudio de la implantación de los servicios de salud ha sido terreno propicio para el adelanto de la epidemiología del territorio, en este sentido cabe destacarse la construcción histórica de esas relaciones que han planteado López Cámara-Lara (1983)¹⁴¹ y el CEAS con sus estudios sobre los recursos odontológicos profesionales¹⁴² donde se analiza la lógica que el sistema imprime a la distribución de los recursos, los condicionamientos del mercado y las contradicciones entre el valor de uso y el valor de cambio en la epidemiología de los procesos estomatognáticos.

El uso de la epidemiología en la crítica del Estado, la evaluación de servicios y acciones de salud ha permitido desmitificar su eficacia y descubrir incongruencias, conjuntando el análisis epidemiológico como instrumento para establecer la necesidad objetiva y el análisis administrativo para medir las acciones. En esa línea destacan trabajos como los de Suárez¹⁴³ y algunos del CEAS.^{144 145}

Otra dimensión de la mirada epidemiológica del espacio se proyecta en función del análisis ecológico, pero no de la interpretación positivista de la naturaleza como un eco-sistema equilibrado, sino como un conjunto de procesos determinados por las modificaciones que la sociedad produce, pero que también participan en producir cambios en la vida social y por ende en la salud-enfermedad. El trabajo de Vásquez¹⁴⁶ sobre oncocercosis en Chiapas, explora desde un ángulo dialéctico la relación entre producción agrícola, la transformación de la flora y el comportamiento entomológico del vector, devolviendo al conjunto la codeterminación y movimiento.

Un campo menos trabajado pero que cobra ahora creciente importancia en medio del endurecimiento de los conflictos y la violencia social es el de la **epidemiología del poder, la conciencia y la organización**. Los procesos políticos y culturales que modelan las formas organizativas de la población y el avance de su conciencia son determinantes epidemiológicos. En términos generales esto significa que la calidad de vida en la que se determina la salud, no se refiere únicamente a las condiciones físicas y psíquicas del trabajo y del ambiente, a la

adecuación de los bienes de consumo y acceso a los servicios, etc. Lo esencial de la vida humana se define en la construcción de la conciencia y la solidaridad. Más desarrollada es la vida y la salud de una colectividad mientras mayor conocimiento objetivo y dominio tenga esta sobre las leyes del mundo físico, biológico y social (máxima expresión de libertad y capacidad objetiva). Más evolucionada se encuentra la vida y la salud en las colectividades donde mayores sean las formas de solidaridad y seguridad (máxima expresión de la esencia social del sujeto colectivo) y mientras más desarrollados estén sus vínculos universales y autarquía propia. Entonces la **cultura** como instrumento de conciencia y organicidad es un elemento clave para la defensa y desarrollo de la vida, es un campo decisivo de la determinación epidemiológica. Son estos los aspectos que generalmente se soslayan en los enfoques empíricos y pragmáticos, pero que paradójicamente son reconocidos fragmentariamente por estudios empíricos. Hace pocos meses se publicó, por ejemplo, un estudio demostrativo de la correlación negativa entre el convencimiento religioso y la hipertensión arterial.¹⁴⁷ Lo importante es que, como el citado trabajo lo reconoce, la práctica religiosa está ligada a procesos culturales, de conciencia y de solidaridad. Entonces, la determinación epidemiológica se da en el desarrollo de las contradicciones entre organización clasista y privatización-aislamiento, entre conciencia objetiva y alienación, entre solidaridad y agresión-violencia.

En las formaciones sociales existen condiciones culturales y políticas de carácter general (del todo social) y particular (de las clases y grupos) que operan como determinantes epidemiológicos. Las coordinadas del enfrentamiento político y debate ideológico que ocurren en una sociedad y los procesos de organización y pensamiento sobre la realidad que sus miembros experimentan, sobre todo en las épocas de mayor crisis, son dirimientes del carácter protector o por el contrario del carácter destructivo de la cultura y la organización. La cultura alienada y la organización agresiva o desorganización convenientes al régimen de dominio, tornan más lábil a la población, la desprotegen y potencian la enfermedad y la muerte, mientras que el fortalecimiento de la cultura, la conciencia objetiva

y el avance de la organización autárquica, son bienes para la salud y la vida.

El estudio de Raczynski y Oyarzo¹⁴⁸ (1981) que se comenta más adelante comprueba indirectamente el efecto epidemiológico compensador y protector de la cultura y la organización en las etapas de regresión social. También el trabajo de Menéndez sobre "Poder, Estratificación y Salud en Yucatán"¹⁴⁹, asume el reto de entender el papel de lo ideológico como determinante de la salud. Al explicar la evolución histórica de la mortalidad general e infantil en esa región de México, para los años 1900-1978, toma como eje analítico la relación entre los cambios de la estructura productiva, la configuración cultural y la importancia de los procesos ideológicos como determinantes de la salud. Para hacerlo, no sólo demuestra la ineffectividad durante ese período de las medidas convencionales de la epidemiología oficial (inmunizaciones, dotación de agua, alcantarillado, educación para la salud, etc.) sino que cuestiona las explicaciones antropológicas de carácter etnicista y culturalista, siendo este el punto en que ofrece una rica discusión para el problema que aquí nos atañe. Parte de una revisión crítica de los postulados de las antropologías evolucionistas con su aproximación ahistórica, homogenizadora, focalizada en lo superestructural y microsocioal, sus concepciones gradualistas y su enfoque estereotipado de la llamada "medicina tradicional". Examina aportaciones como las de Fanon que rescata la unidad dialéctica entre lo tradicional y lo revolucionario y en ese punto establece una aguda reflexión sobre el papel de la práctica tradicional en el contexto de la sociedad capitalista moderna. Menéndez plantea que el proceso de constitución y expansión de la ideología curativa dominante supone la exclusión ideológica de otras prácticas pero no su eliminación, y que las prácticas "alternativas" (técnicas, caseras, religiosas y mágicas) tan acariciadas por los viejos y nuevos sustentadores de la visión fenomenológica, son en general complementarias del sistema dominante y no necesariamente cuestionadoras. García Canclini¹⁵⁰ también aporta importantes reflexiones para el esclarecimiento metodológico de la relación entre lo "microsocial" antropológico y lo "macrosocioal" sociológico en el conocimiento de la realidad latinoamericana. Parte de reconocer

que existe una compleja interacción entre lo "tradicional" y lo "moderno" y, alejándose de una postura excluyente, reconoce la necesidad de incorporar los instrumentos de la antropología como elementos útiles para interpretar de que forma los grupos reproducen en su interior el desarrollo capitalista dominante, constituyendo formas mixtas de reproducción e ideología. Así, explica como la cosmovisión racionalista liberal, las tradiciones aborígenes y el hispanismo colonial-católico se articulan con desarrollos propios y desiguales en cada lugar, frente a lo cual las herramientas antropológicas ayudarían a desenmascarar lo que puede haber de etnocéntrico, reconocer las formas locales de simbolizar los conflictos y desentrañar cómo es vista la sociedad, la vida, la salud desde la periferie cultural.

En este sentido, se esclarece un desafío metodológico y una tarea para la epidemiología que consistiría en alimentar una conciencia objetiva sobre las complejas articulaciones ideológicas alrededor de la salud, relieves los efectos destructivos de la ideología y la organización dominantes, develar los efectos patógenos de la represión política, del deterioro de la seguridad y la cohesión ideológica, temas y aspectos que no se quiere asumir como problemas epidemiológicos. Además la investigación epidemiológica, armada de estos nuevos recursos metodológicos ayudaría a discriminar las prácticas populares verdaderamente protectivas respecto a las que mediatizan y limitan las opciones más saludables. Una temática que puede ejemplificar las potencialidades de esta propuesta es la del campo de la lucha *de y por la mujer*, donde aparecen desafíos para la epidemiología sugeridos por Cardaci (1989).¹⁵¹

Es una rama clave para el desarrollo de la epidemiología y debería convertirse en punto cardinal del avance de esta ciencia, máxime cuando la realidad del sistema mundial permite pronosticar una época de *restricciones y plomo* para los países dependientes. En verdad, en la frontera de los años noventa América Latina se abre paso hacia una década endemoniada en la que, al margen del optimismo calculado de los empresarios y de los ofrecimientos de las organizaciones políticas que los representan, se agudizará la crónica penuria de

las mayorías poblacionales penetrando hasta en los más remotos resquicios de la vida cotidiana de los trabajadores y sus familias, obligándolos a replantear sus patrones de vida para sobrevivir en niveles extremos de trabajo extenuante y privación, en contextos donde la miseria se racionaliza, se descomponen las expresiones comunitarias y se extiende el deterioro de la vida. En un trabajo reciente acerca del desconcierto de la salud en América Latina en el decenio anterior ¹⁵², llamado eufemísticamente como “decenio perdido”, el autor muestra las regularidades que se observan en el menoscabo de la vida y la salud en latinoamérica, lo cual hace más necesaria que nunca la construcción de un proyecto popular de defensa y avance de la vida y la salud. Y es precisamente ese desafío histórico el que otorga a la epidemiología crítica su mayor importancia.

El acervo bibliográfico en el que se sustenta este análisis no es completo para este campo pero cabe pasar revista a algunas de las contribuciones efectuadas.

El reto de la construcción política tiene que recrearse y alimentarse en el reto de la nueva construcción científica y la salud es un campo privilegiado para esa tarea. Tanto en las sociedades capitalistas como en las de transición se reconocen vacíos de teorización y conocimiento necesarios para el desarrollo de una propuesta popular en salud. Las plataformas y programas de las organizaciones de vanguardia de la mayor parte de países capitalistas muestran serias falencias en la construcción de la necesidad en salud y los caminos político-técnicos. Aún en las sociedades de transición, como lo señala Arouca (1982)¹⁵⁵, pese al desarrollo político mayor son poco conocidas las condiciones para el cambio. Hay que reconocer, además, que el conocimiento de la necesidad no sólo es un problema de la consolidación revolucionaria sino de la construcción misma del pensamiento y la acción transformadoras. La epidemiología puede enriquecer y concretar un alto horizonte de visibilidad en la lucha.

El problema de la violencia en sus variadas y complejas dimensiones es parte del objeto de esta rama epidemiológica.

Muñiz (1984) esbozó la construcción de las dimensiones de la agresión utilizando las categorías de reproducción social y perfil epidemiológico, logrando una primera articulación teórica para el análisis epidemiológico del problema. Campaña (1989) avanzó una sistematización crítica de las interpretaciones hegemónicas de la violencia y articuló metodológicamente en la categoría de reproducción social la historia biológica y psicológica de los seres humanos su conformación bionerviosa actual y pasada, de ese modo recuperó para la investigación, toda la riqueza del perfil epidemiológico en lo que atañe a la dialéctica social-biológico, entendiendo que, "...una conformación o potencialidad neurofisiológica se define y surge dentro de los límites impuestos en última instancia por la reproducción social....es en la fase ontogenética donde se configura definitivamente el sistema nervioso y se modelan, a partir de las premisas neurofisiológicas señaladas y a partir de prácticas sociales y patrones socio-grupales específicos, ensamblajes actitudinales y formas de comportamiento". La categoría reproducción social permite entonces vincular lo macro con lo cotidiano y configurar la unidad de los procesos generadores de violencia de todos los tipos. Los procesos regresivos en fases de dictadura tienen una estrecha relación con efectos epidemiológicos de la violencia, es el punto que aborda el trabajo de Escudero (1981)¹⁵⁶, cuando examina, por ejemplo, el deterioro de los recursos de salud en los estados de excepción.

La **epidemiología histórica** ha enfrentado grandes escollos para desarrollarse, especialmente las serias falencias de los registros estadísticos en los países de la región. Es importante distinguir su objeto de estudio —que es el comportamiento histórico de las series seculares de procesos epidemiológicos específicos- del que corresponde a la historia de la práctica epidemiológica y el de la historia del saber en la disciplina. Algunos epidemiólogos europeos como McKeown ¹⁵⁷ sentaron interesantes precedentes de este tipo de trabajo, pero su interpretación de la "variable" tiempo se redujo a la correspondencia secuencial y empírica de eventos de la historia general y de la cronología de la implementación de servicios de salud, respecto a los momentos y fluctuaciones de las curvas de indicadores de mortalidad o morbilidad. Aunque no existe

mucho material forjado desde una reconstrucción histórico marxista de la categoría tiempo, sin embargo pueden citarse trabajos como los de Ruffino Netto y Pereira¹⁵⁸ que analiza la evolución secular de la tuberculosis de 1860 a 1977 en Rio de Janeiro y que separa en la curva de descenso, tres fases con tendencias que se explican por determinantes económico estructurales y políticos. Souza Lima y Peret Antunes (1982)¹⁵⁹ profundizaron en la fase de descenso 1860-1900, en la cual no existió el enmascaramiento de las medidas de control preventivo y terapéuticas. Ya se mencionó el estudio de Raczynski y Oyarzo¹⁶⁰ que explica la variación histórica de los índices de mortalidad infantil en Chile y efecto compensatorio de la conciencia y organización de las familias chilenas, así como el mantenimiento táctico de un mínimo de actividad estatal preventiva. Un trabajo histórico muy importante es la investigación de Franco (1981)¹⁶¹ que analiza profundamente las determinaciones estructurales, políticas e ideológicas de la historia de la malaria.

La construcción distinta de la categoría **tiempo** permite formular "períodos", "etapas" y "fases",*¹ para "establecer lapsos que en forma relativa señalen momentos cualitativamente diferenciables ... el esquema histórico, en este caso, opera como una síntesis inicial o visión anticipada de las determinaciones generales de la que no se puede prescindir metodológicamente".¹⁶²

En definitiva esta segunda etapa de la epidemiología latinoamericana dejó como producto una consolidación y diversificación metodológica e instrumental.

Hacia finales de la década de los ochenta, al cerrarse un decenio de crisis en América Latina y dentro del marco de un mundo sacudido por la conmoción política de la Europa del Este se manifiesta un proceso de polarización al interior del movimiento de la Medicina Social latinoamericana. Es una etapa que fué analizada en la sección primera de este capítulo

1 Según la terminología del mexicano Enrique Semo.

y que tiene como telón de fondo el endurecimiento de los mecanismos internacionales y nacionales de dominación y de empobrecimiento -unas veces relativo y en otras absoluto- de las capas medias y de la intelectualidad, produciéndose una verdadera "metamorfosis" de un sector de los intelectuales hacia posturas menos críticas. Pero ese desplazamiento tuvo que acompañarse de una fundamentación teórica y, de ese modo se ha empezado a observar un proceso regresivo, conceptual y práctico, efectuado en nombre de la heterodoxia y en contra de una supuesta obsolescencia del marxismo. Paradójicamente, justo cuando esta doctrina estaba consolidando la riqueza de sus aportes metodológicos es cuando se pretende clausurar o reprimir su utilización.

Las expresiones de un conflicto, que por otro lado rebasa las fronteras de la Medicina Social o Salud Colectiva, no dejaron de hacerse sentir en los planteamientos teórico-metodológicos desarrollados en los países y llevados a los últimos congresos de la especialidad en los que se anteponen una corriente fuertemente influida por el pensamiento eurocomunista-socialdemócrata y una postura que principaliza la construcción política desde fuera del Estado y junto a las organizaciones populares revolucionarias. La producción epidemiológica no está exenta de estos condicionamientos y por eso en los congresos de Medellín y de Canarias se enfrentaron ponencias enmarcadas en la polémica indispensable para aclarar los rumbos y compromisos de fondo de la Medicina Social. Es decir, en estos años cobra mayor importancia el análisis del contenido y proyección políticos de la tarea investigativa en su interdependencia con el método, es como si se insinuara la aparición de una fase de **profundización de la politicidad** del quehacer, que empieza a expresarse con más fuerza en el propio método. Lo que ha sucedido es que en el proceso acumulativo, una vez configurados los marcos teóricos y algunos recursos instrumentales en las dos fases anteriores, se habría llegado a una madurez para reconocer la necesidad de introducir más profundamente el proceso de conocimiento donde está la acción: en las organizaciones populares y en el Estado. Los términos de esta doble proyección no debieran ser

excluyentes pero, por las razones que se enunciaron en un capítulo anterior, han cobrado forma las dos tendencias.

Discusión sobre Algunas Propuestas Latinoamericanas

Los apartados anteriores trataron de exponer las contradicciones principales entre los postulados teórico-metodológicos de la visión neopositivista y fenomenológica de la epidemiología hegemónica y aquellos que desarrolla el movimiento latinoamericano desde una óptica contraria. Para esta revisión crítica y comparativa del "estado del arte" de la nueva producción en América Latina no se consideró necesario ampliar una sistematización de los profundos cuestionamientos que el movimiento latinoamericano formuló, pues aquellos se encuentran ampliamente tratados en los trabajos que desde fines de los setenta publicaron algunos de sus protagonistas como Juan Cesar García, Ana María Tambellini, Sergio Arouca, Cristina Laurell y algunos miembros del equipo del cual es miembro el autor, así como en trabajos más recientes, como los de Naomar de Almeida Filho y Cristina Possas. Lo que se ha pretendido sintetizar, como marco histórico del enfrentamiento ideológico en medio del cual se forjó el contradiscurso latinoamericano, son los contrastes principales que se dan entre las bases del discurso científico fragmentario y reduccionista de la epidemiología oficial, que cosifica (o reifica) los "factores" causales y luego reduce su investigación a las asociaciones empíricas de los mismos, con el discurso científico dialéctico y relacional que mira la realidad como un mundo material unitario pero diverso, donde los procesos se concatenan en su movimiento permanente y mantienen una jerarquía en su determinación. Es decir, se trató de explicar la trascendencia del movimiento latinoamericano en su lucha para enfrentar el pensamiento de los expertos de la epidemiología hegemónica. Una epidemiología cuyos sustentadores se presentan como adalides de una supuesta objetividad y precisión, revestida de sofisticados modelos formal-matemáticos, pero que simplifican la realidad con una teoría igualmente simplificada, creando un conjunto de

abstracciones que llevan a una concepción también simplificada y fragmentaria de la práctica. Era necesario situar históricamente las principales falencias y distorsiones frente a las cuales se construyó el quehacer en el mundo del capitalismo periférico, en función de apuntalar una interpretación transformadora para la práctica en salud y poner en evidencia el reduccionismo que ha constreñido la práctica epidemiológica a una línea descriptivista y empírica que desarticula el poder transformador del conocimiento.

Ahora corresponde revisar críticamente las propuestas emitidas desde la nueva óptica para iniciar un juicio preliminar de sus avances y dificultades. Siendo amplia y diversa la producción en este campo es necesario acoger para el análisis aquellos planteamientos que muestren un mayor desarrollo. Con tal finalidad se confrontan a continuación algunas de las propuestas teórico-metodológicas para la epidemiología, emanadas del trabajo latinoamericano. El objetivo es el de reconocer sus potencialidades y dificultades y, sobretudo, afinar las bases de su complementación para la tarea futura. Cabe aclarar que no se pretende mostrar en este punto una reflexión acabada y profunda de las propuestas, sino sistematizar los puntos nodales de las mismas con el fin de contribuir a situar los aspectos en los que una discusión más profunda permita descifrar sus acuerdos y desacuerdos más importantes.

Breves Elementos Autocríticos

Es necesario anticipar, con miras al trabajo futuro y como base de una reflexión autocrítica para nuestro quehacer, la explicación de algunas regularidades que se detectan al observar las formas y mecanismos de comunicación entre los núcleos latinoamericanos que han estado vigentes y que han limitado o entorpecido la fertilización cruzada de las propuestas.

Como consecuencia de la debilidad técnica y presupuestaria de los sistemas alternativos de comunicación que se han forjado para romper los cercos y restricciones de las redes hegemónicas, frente a las cuales el flujo de información del

mundo dependiente tiene una ubicación "marginal", se tornan evidentes algunos errores y carencias. La revisión comparativa de los trabajos latinoamericanos, las citas y comentarios metodológicos mutuos que se publican ponen en evidencia en primer lugar una lectura parcial y atrasada de unos respecto a los otros. No es difícil encontrar, por ejemplo, críticas publicadas a fines de la década de los 80, sobre trabajos de otros grupos de fines de los setenta, luego de los cuales estos últimos ya han realizado explicaciones, adiciones y múltiples experiencias de campo que no son siquiera conocidas por quien las analiza. Así mismo, se detecta el pronunciamiento de críticas sobre trabajos posteriores o menores del autor analizado, cuando sus planteamientos más completos se encuentran en obras anteriores o se redondean en trabajos no conocidos por el analista. En segundo lugar, se registra el procedimiento incorrecto de juzgar sólo trabajos de reflexión teórica, producidos con una determinada intencionalidad, sin incorporar a la crítica los trabajos de aplicación concreta de esos planteamientos, donde se ubica la mayor riqueza y se demuestran las potencialidades de los mismos. En tercer lugar, se percibe en algunos casos una discriminación o relegamiento de cierta producción debida probablemente a pre-conceptos ideológico-políticos o quizás motivadas por la reacción que los primeros trabajos produjeron en quien asume el papel crítico. Entonces, las posibilidades de extraer los mejores frutos de ese necesario proceso de integración-divergencia quedan libradas, sea a las limitantes condiciones de esa lectura parcial y desfasada o a las de los eventuales congresos y seminarios, más que a la ejecución del trabajo conjunto.

La discusión de propuestas que se expone a continuación muy probablemente arrastra las deficiencias que quedaron anotadas y deberá tomársela como un esfuerzo de síntesis de algunas de las principales identidades y divergencias que surgieron en el transcurso de las últimas décadas. Debe aclararse también, como ya se dijo anteriormente, que sólo se incluyen, de las propuestas metodológicas conocidas, las que a juicio del autor son más acabadas y han logrado mayor resonancia. El orden de discusión de las mismas también sugiere el orden histórico y antecendencia de su producción.

Dentro del movimiento regional de la Medicina Social (Salud Colectiva) las dos propuestas que alcanzaron más temprano desarrollo y que ostentan la mayor identidad, son las de los grupos de Xochimilco (México) y del CEAS (Ecuador), (En el esquema N° 1 se esbozan las categorías centrales de las propuestas). Es necesario, sin embargo, intercalar en este punto la discusión de algunas categorías básicas, al margen de las cuales, no tendrían sentido las comparaciones y juicios del movimiento latinoamericano.

Categorías Básicas para este Análisis

El contraste de las propuestas requiere el esclarecimiento previo de ciertas categorías fundamentales que el autor ha incorporado al análisis epidemiológico.

Determinación y mediación

Los procesos de la realidad son **determinados o necesarios** ("determinación" es una categoría explícitamente incorporada en la epidemiología por Breilh - 1977) porque están sujetos a leyes objetivas del mundo material. Las *leyes objetivas* explican la regularidad del movimiento, el cual está determinado por relaciones invariantes, necesarias, esenciales, internas y estables dentro de condiciones históricas específicas. Las leyes que determinan el movimiento del proceso salud-enfermedad abarcan un conjunto de contradicciones que corresponden a varios dominios y que se desarrollan en su unidad y oposición de contrarios (leyes de *determinación dialéctica*), y en medio de las cuales ocurren los procesos de causación de una causa necesaria y suficiente externa frente a un efecto (leyes de *determinación causal*), los procesos de acción recíproca (leyes de *determinación funcional*) y los procesos de desviación de lo regular originados en vínculos individuales no previstos (leyes de *determinación por procesos aleatorios* o estocásticos). Estas leyes tienen un estatuto jerárquico, siendo las leyes dialécticas las de orden superior en la determinación. Pero es importante recalcar el hecho de que la determinación dialéctica no es

unidireccional, sino precisamente dialéctica. Inclusive en el caso del último tipo de leyes que definen los procesos aleatorios, se ha establecido una relación dinámica entre determinación y casualidad pues "no sólo puede ser que lo aparentemente aleatorio sea explicado como resultado de fuerzas de determinación en una dimensión más alta con más especificación, pero una reducción en la dimensionalidad por medio de la promediación también convierte la estocasticidad en determinación. Por ejemplo, la estocasticidad de los movimientos moleculares en un gas subyace las leyes completamente determinísticas de los gases, que relacionan temperatura presión y volumen... Por tanto los procesos aleatorios pueden ser la base de procesos determinados y viceversa".¹⁶³

Entonces, la determinación de la salud-enfermedad pasa por esa rica relación dialéctica entre las distintas dimensiones de la determinación.

En efecto, las leyes del movimiento epidemiológico dan cuenta de un sistema de contradicciones complejo, y multidimensional y jerarquizado en el cual las relaciones que definen principalmente la calidad de vida son las *relaciones estructurales de producción-consumo* mediadas por la distribución (en las sociedades capitalistas distribución por el mercado y la distribución del salario social), las *relaciones con la naturaleza* o el entorno natural "externo" mediadas por la producción y de la producción mediadas por las condiciones del entorno natural, las *relaciones político-ideológicas* y las *relaciones del movimiento biológico subsumido* que a su vez operan como mediadores que especifican el efecto de la historia en los organismos, en la corporeidad, participando de ese modo en la determinación.

Pero, como lo ha sostenido el autor en varios escritos desde 1977, existe la necesidad de estudiar la determinación según las categorías dialécticas de lo *universal*, lo particular y lo singular, único camino metodológico que permite comprender la diversidad y jerarquía de los procesos epidemiológicos determinantes pero manteniendo a la vez su unidad. "La diferencia existente entre lo universal, lo particular y lo singular

es relativa...solamente viendo a un fenómeno determinado en su interdependencia con otros puede establecerse si es singular, particular o universal".¹⁶⁴ Un conjunto de procesos como los que conforman la salud-enfermedad suele ser todo a la vez, es decir universal, particular y singular, sólo el caso específico de una persona, con los procesos fisiopatológicos y etiopatogénicos que ocurren en su fenotipo, dentro del marco de lo que permiten las normas de reacción de su genotipo, no puede ser universal ni particular, aunque contendrá los rasgos definitorios de lo universal y particular.

"Por *universal* se entiende la comunidad que existe objetivamente de rasgos, propiedades y caracteres de los objetos y fenómenos singulares de la realidad objetiva, o también la similitud de las relaciones y nexos entre ellos. Universal es lo que se repite a través de lo múltiple, diverso y singular."¹⁶⁵ Las leyes epidemiológicas universales o generales son las que corresponden a la dimensión estructural (base material económica), en primera instancia, y a la superestructura social, porque estas definen la esencia de la determinación de todos los demás procesos, determinan los nexos estables, esenciales, y reiterados de los fenómenos que conforman la salud-enfermedad colectiva y que delimitan el movimiento de los procesos particulares (los perfiles de reproducción social en los grupos) y de los procesos singulares (condiciones específicas de la cotidianidad individual y los caracteres fenotípicos y genotípicos). Lo universal no forma parte del contenido de lo casual, ni de lo fenoménico porque estos aspectos no contienen lo estable y forzoso de la realidad que se estudia, pero el fenómeno epidemiológico singular permite que se exprese y especifique la esencia de lo general o universal.

Como queda dicho, lo *particular* corresponde a un grupo de procesos "objetos, fenómenos o hechos que, siendo generales, forman al mismo tiempo parte de otro grupo más general"¹⁶⁶. En el caso de la realidad epidemiológica lo particular corresponde a los procesos de la reproducción social de una clase social, de una fracción de la misma o de otro grupo menor, porque si bien en esta dimensión se marcan los rasgos esenciales que ocurren particularmente en dichos grupos y que

delimitan el movimiento de los fenómenos singulares que se dan dentro de ese grupo, en cambio su movimiento o desarrollo se encuentra determinado a su vez por las regularidades de la dimensión más amplia de la reproducción social que, en tratándose de nuestras sociedades, corresponde al proceso de acumulación de capital y sus manifestaciones político-ideológicas.

Por fin, lo *singular* "se halla íntimamente vinculado con el fenómeno en que se manifiesta la esencia...los procesos singulares están dotados de una existencia real, objetiva... (sin embargo) ... en el ámbito del pensamiento lo singular sólo se conoce en sus rasgos comunes con otros objetos singulares...así pues, el pensamiento sólo puede conocer y definir lo singular considerándolo como universal, el pensamiento no puede expresar lo singular si no es por medio de lo universal."¹⁶⁷ Si quiero explicar, por ejemplo, lo que es *una* tuberculosis, la defino por sus rasgos comunes que comparte con otras tuberculosis del mismo grupo. En esta circunstancia no agoto en mi definición de ese caso de tuberculosis todas sus características sino que incorporo en mi definición algunos rasgos que son esenciales. Si requiero definir *la* tuberculosis defino el objeto de un modo universal, si quiero definir los atributos particulares de un caso también recurro a lo universal, así pues el pensamiento no puede expresar lo singular si no es por medio de lo general. Entonces es absolutamente necesario integrar adecuadamente los dominios de la realidad en el conocimiento epidemiológico. Las leyes históricas obviamente operan en lo individual y delimitan los procesos biológicos que se desarrollan en las individualidades, definiendo su operación y sus límites. Si bien lo biológico implica un campo con legalidad propia y específica, ese movimiento no ocurre al vacío sino en estrecha codeterminación con lo social, dentro de las posibilidades objetivas dadas por las leyes universales.

El mirar la determinación epidemiológica de este modo unitario, jerarquizado y dinámico tiene otra consecuencia importante para lo metodológico, pues contribuye a romper la falsa dicotomía que el método epidemiológico positivista empírico establece para los diseños de observación, segregando-

los según su *extensión y profundidad*. La epidemiología hegemónica jerarquiza a los diseños según una supuesta capacidad demostrativa diferente, otorgando siempre a los diseños experimentales la mayor capacidad, seguido por los analíticos de cohorte, luego los retrospectivos y finalmente los transversales, a los que concede sólo una capacidad exploratoria y para lo que llama "diagnósticos generales de salud" Lo experimental sería, en esa gama, lo profundo y lo transversal cubriría lo extenso. Pero, el conocimiento epidemiológico no establece "a priori" la extensión y profundidad en la observación científica, aquello resulta de las características del objeto y los requerimientos de llegar a lo esencial. En todo diseño debe asumirse la extensión y profundidad que sean necesarias para conocer los procesos de determinación, lo cual no se reduce a demostrar asociaciones empíricas sino a desentrañar las leyes del movimiento de los procesos de génesis y reproducción de la salud-enfermedad. Asunto sobre el que se volverá al comentar la propuesta que en esta dirección formula Naomar de Almeida Filho.

Las Mediaciones en la Determinación

Las **mediaciones** son procesos necesarios para que se especifique la determinación. En la relación dialéctica entre lo general, lo particular y lo individual, o dicho de otro modo entre el todo y la parte, las leyes del todo o de la dimensión más amplia determinan los límites dentro de los cuales pueda operar el poder determinante de la parte o de lo singular, pero, estos también median la determinación, especificándola. Desde el punto de vista epidemiológico esto quiere decir que las leyes de la totalidad histórica sociedad, determinan a las de las partes (clases e individuos) pero estas partes también tienen sus propias leyes que contribuyen al proceso de determinación especificándolo. La relación social-biológico también se explica por esa interrelación dialéctica entre el todo y la parte porque lo social, al subsumir lo biológico, determina los límites de lo biológico pero lo biológico también participa en condicionar, especificar el movimiento. Lo social, las leyes de la reproducción social, el sistema de contradicciones de la repro-

ducción social determinan las condiciones dentro de las cuales sucede el movimiento biológico subsumido pero también las condiciones naturales del entorno y de la biología humana participan en la determinación de la salud-enfermedad, sea a través de la experiencia biológica acumulada que define las normas de reacción del genotipo de los individuos, o a través de los procesos fisiológicos que son posibles en un fenotipo en circunstancias históricas específicas (configuración ergonómica, configuración inmune, estado nutricional y metabólico-endócrino, capacidad de reposición, base neurofisiológica, etc.). La **mediación** por tanto define un espacio con una legalidad propia, un espacio de especificación y de relación entre procesos de dimensiones más altas, la forma en que lo general se hace presente en lo particular y los niveles de articulación de los procesos reales.

En América Latina la investigación epidemiológica de nuevo cuño avanzó hasta descifrar las relaciones y determinaciones más amplias, pero ahora es indispensable consolidar el conocimiento de mediaciones en distintos niveles: mediación en las fracciones de clase, en las comunidades o barrios, las mediaciones de la unidad familiar (lo cual nos remite a la categoría de (**trabajo doméstico**)), las mediaciones del medio geográfico en el territorio donde se desenvuelve la reproducción social de las clases y las mediaciones individuales de carácter genético y fisiopatológico. La vida y las posibilidades de la salud se definen en las grandes determinaciones estructurales pero se especifican en las mediaciones, para concretarse y tornarse "visibles" en los individuos.

Reproducción Social

La reproducción social en términos marxistas se interpreta en dos dimensiones: la gran reproducción social en el nivel general, que en el caso de nuestras sociedades adquiere el carácter histórico de acumulación de capital y dentro de ésta, las formas de reproducción social particulares. Estas últimas están configuradas por un sistema de contradicciones multidimensional que abarca, como eje de la determinación, el movi-

miento dialéctico de producción-consumo, mediado por la distribución y que incluye también las relaciones con el entorno o medio geográfico o territorio (condiciones naturales externas), las relaciones político-ideológicas que definen las contradicciones entre la organización-autarquía de las clases y la privatización-alienación que las afecta, entre las formas solidarias de vida y las formas competitivo-agresivas. Estas últimas incorporan un elemento de conciencia y organización, porque la reproducción social aunque está determinada, en última instancia, por el movimiento material económico, no se reduce a este sino que incorpora un movimiento en la dimensión de la conciencia.

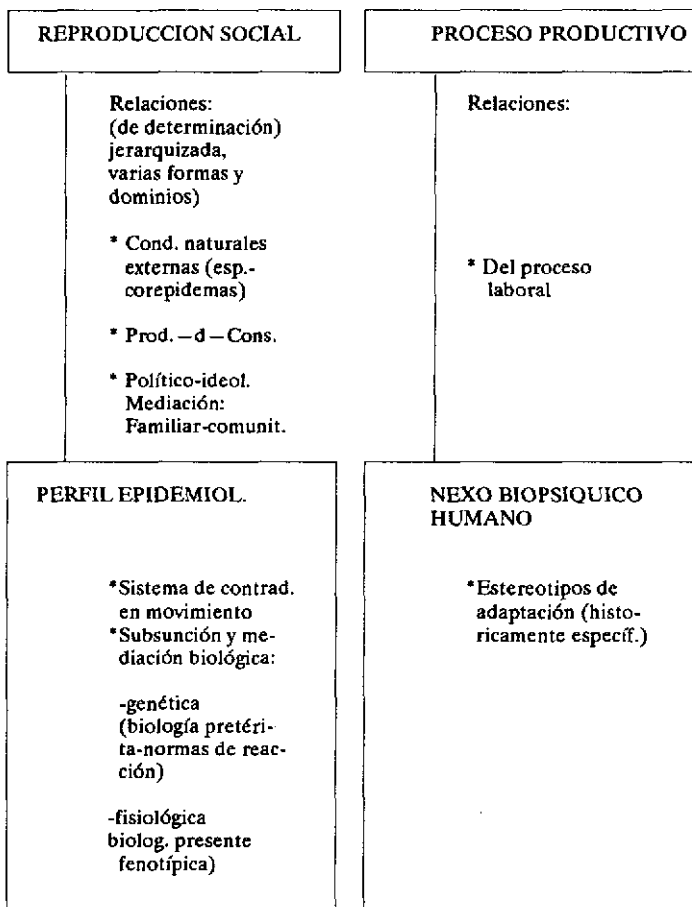
El **consumo** como categoría básica para entender un aspecto de la reproducción social ha sido mal comprendido. Se confunde consumo con reproducción y por eso se habla de un momento productivo y un momento de reproducción en la base económica de la vida de las clases. Pero la reproducción se refiere al movimiento total, mientras que el consumo es uno de sus polos contradictorios. Marx define el eje de dicho movimiento como la oposición entre producción y consumo, mediados por la distribución. En la **producción** los miembros de la sociedad hacen que los productos resulten acordes con la necesidad históricamente definida (la necesidad no se define por determinación cultural-fenoménica, ni por unas motivaciones individuales inherentes al psiquismo humano individual), la **distribución** determina la proporción en que los individuos participan de esos productos (no se produce y luego distribuye lo producido, sino que de acuerdo al modo de producir es que se distribuye y, en una sociedad de clases la distribución asume la forma de mercado y también está definida por el papel distributivo del Estado -salario social-), y en el **consumo** individual los productos se convierten en objetos de disfrute. En la producción las personas se objetivan en los productos y en el consumo individual los objetos, las cosas se subjetivizan. La producción regida por intereses de las clases dominantes no es sólo producción de cosas sino producción de significados que se decodifican en el consumo. El consumo adopta varias formas: consumo de los bienes producidos y mediados por la distribución; consumo de los bienes produci-

dos en el trabajo doméstico y las actividades “improductivas”; consumo de los valores de uso naturales (oxígeno del aire, radiaciones ultravioletas). El consumo no se ejerce por parte de individuos desprovistos de una especificidad biológica sino que se especifica y configura también de acuerdo a las mediaciones biológicas del genotipo y la fisiología del fenotipo.

Por tanto toda esa complejidad y multidimensionalidad del proceso de reproducción social tiene que ser recogida por las categorías y formas de conceptualizar la determinación de la salud-enfermedad porque, de lo contrario, estamos ante el peligro de perder objetividad y reconstruir una nueva forma de reduccionismo o empirismo de molde pseudo-marxista.

Las Propuestas de Xochimilco y del CEAS

Esquema Nº 1 Categorías Principales de las Propuestas



Reflexiones Críticas sobre las Propuestas

Cuando se contrastan las dos propuestas sintetizadas en el esquema N°1 surgen algunas inquietudes. Primero se pueden explicar las diferencias en el ámbito que abarcan porque fueron pensadas para objetos de dos distintos niveles de generalidad. La propuesta CEAS se configuró para construir el objeto proceso de salud-enfermedad colectivo, el objeto de la epidemiología, mientras que la propuesta Xochimilco se configuró alrededor de la preocupación por construir el objeto salud-enfermedad laboral, un objeto epidemiológico de menor generalidad. Pero es necesario exteriorizar algunas preocupaciones adicionales.

La propuesta pionera de Laurell, Noriega y otros investigadores de Xochimilco, igual que la del CEAS, enfrenta algunas dificultades pese a la riqueza y potencialidad que contiene. Desde el punto de vista metodológico hay necesidad de establecer algunas reflexiones. Primero, lo que es su dificultad más seria es la restricción o desarticulación, por otro lado no buscadas, del proceso productivo respecto a la unidad producción-distribución-consumo, también conlleva una limitación para integrar el proceso global de reproducción social en el territorio o espacio o entorno y no incorpora tampoco en el estudio de la determinación epidemiológica propiamente dicha, las contradicciones político-ideológicas. No porque los autores no las hayan tomado en cuenta en sus análisis, que son por otro lado profundos y plenamente marxistas, sino porque las categorías que emplean no abarcan los procesos que deben tomarse en cuenta para analizar el movimiento epidemiológico. Al reducir el horizonte de preocupación a la instancia productiva y descontextualizarla, se produce como problema más grave,

desde el punto de vista de la proyección histórica de la propuesta, un problema de politicidad incompleta, puesto que no articula los problemas del centro laboral y sus luchas con los de la clase fuera de la fábrica, con los del espacio del consumo, con los del medio o territorio o región. El peligro que subyace para la utilización de esta propuesta en la construcción de un proyecto popular globalizante es que esa desconexión metodológica podría favorecer una desconexión de la lucha fabril. Nadie duda de la integralidad del compromiso político y de los avances en ese sentido del grupo mencionado pero el método tiene que acompañar congruentemente la tarea. Por otro lado, el planteamiento se estructura fundamentalmente en el terreno fabril y el grupo tendrá que construir formulaciones metodológicas que cubran el conocimiento de otros tipos de trabajadores y los subempleos, en este sentido, si bien ha enriquecido la indagación y reformulación del conocimiento de la salud obrera es limitante frente a otros ámbitos de la transformación.

La categoría gramsciana del **nexo biopsíquico** propugnada por Laurell introduce algunos problemas epistemológicos. Gramsci expuso su idea del **nexo psico-físico** para referirse a la imposición de patrones sobre todo conductuales y control de la "animalidad" del hombre por parte de los sistemas taylorizados y fordizados del capitalismo moderno. Hacía alusión a la imposición necesaria del capital, de su disciplina productiva a los comportamientos de la clase obrera, al control de sus instintos y tiempos fisiológicos y decía que la vida de la industria exige un aprendizaje general, un "proceso de adaptación psico-física a determinadas condiciones de trabajo, nutrición, habitación, costumbres, etc."¹⁶⁸ Más allá del giro behaviorista que puedan ofrecer ciertas explicaciones de Gramsci en esos escritos y de la idea empírica que sugiere el vocablo "nexo", se sostiene la veracidad de sus juicios históricos en el contexto del problema que busca explicar cual es la reglamentación de los instintos sexuales del obrero como forma de comportamiento familiar, de su vida íntima, de su moralidad, de su tiempo lúdico. Pero, extender el uso de esa categoría a la especificación del objeto proceso salud-enfermedad, no parece ser un procedimiento metodológico adecuado. El problema se com-

plica aún más cuando se recupera la noción de **esteriotipos de adaptación**. Parece haber dos problemas principales: primero, que el modo de plantear esa categoría introduce la idea, por otra parte no sostenida por Laurell, de un nexo externo de lo histórico-social respecto a los esteriotipos, lo social como externo a lo biopsíquico, con el riesgo de reproducir una asociación reduccionista de nuevo cuño y de confundir determinación con causación externa y, segundo, el problema más serio de introducir por medio de la categoría "adaptación", una noción de ajuste, o vuelta al "steady state" que la propia autora ha combatido en su nutrida y enriquecedora obra. Los **procesos adaptativos** existen en el movimiento biológico pero no como eje del mismo sino como un momento determinado por las fuerzas de transformación de la realidad en todos sus dominios y órdenes. La visión dialéctica de los procesos no se define por el ajuste o adaptación sino por su cambio, por la lucha y oposición de los elementos de su naturaleza contradictoria. De aceptarse esa noción tendría que concluirse que la historia de la biología de la clase obrera se reduciría a una secuencia de adaptaciones cuando estas no son más que un accidente o momento coyuntural de un movimiento. La esencia del proceso no se define por esos momentos adaptativos y por tanto no pueden constituirse aquellos en eje explicativo de dicho movimiento y, por otro lado, la historicidad de la biología de los trabajadores no le viene sólo "desde afuera", como relación externa, sino que es inherente a la propia configuración de lo biológico, se gesta en las determinaciones más amplias y se expresa en la legalidad propia de los procesos biológicos que participan en la determinación. La historia no escribe en la biología de los trabajadores como en una página, pasivamente, sino que las clases subordinadas desencadenan una oposición que se ejerce en varias dimensiones. Lo sustancial del desarrollo de la clase obrera no es que pueda adaptarse sucesivamente, sino que resista, se enfrente y transforme y para hacerlo debe adaptarse circunstancial y secundariamente también en lo biológico, por lo cual, si bien se acepta que existen sistemas, retroalimentación y ajuste, que no son el eje del proceso, la categoría adaptación lleva a estatuto central lo que es secundario y subordinado.

La propuesta del CEAS no ha desarrollado sus categorías completamente y presenta también dificultades, sobretodo en lo que se refiere a la especificación de muchos objetos particulares, como lo ha logrado la propuesta Xochimilco por haber enfocado un problema más circunscrito. Si bien es cierto que el trabajo de equipo ha permitido extender y desarrollar los planteamientos iniciales de "Epidemiología: Economía, Medicina y Política" (1977) el trabajo en varios frentes demuestra la existencia de algunas dificultades y falencias a las cuales se están dedicando esfuerzos en la actualidad. Cabe citar dos de las principales. En primer lugar, se halla la necesidad de profundizar en el conocimiento de los procesos mediadores biológicos y la forma en que opera la codeterminación de procesos fenotípicos y las normas de reacción del genotipo en el marco de las determinaciones de la reproducción social. Una segunda dificultad metodológica es el escaso conocimiento de las técnicas cualitativas de observación, respecto a lo cual cobra especial trascendencia la incorporación de la experiencia antropológica. Y en tercer lugar, se encuentra la incompatibilidad de las técnicas de apoyo matemático y de la teoría que las sustenta con el manejo del referente empírico. En esta línea será de enorme importancia desentrañar la utilidad de nuevas formas de espacio geométrico y técnicas de observación de la empiria en movimiento que radican potencialmente en las nuevas teorías matemáticas como la de la geometría fractal que se comenta a continuación.

En definitiva, dada la complementaridad de las dos propuestas, ofrecen un campo bastante nutrido de posibilidades y desafíos y existen amplias posibilidades de compartir los avances de una y otra para el desarrollo global de la epidemiología.

Problemas Instrumentales

En el manejo del plano fenoménico las dos propuestas han logrado avances considerables pero aun persisten problemas y dificultades.

Se han logrado operacionalizaciones de varias categorías

que han permitido desenvolver logros frente a nuevas formas de estratificación de clases sociales, reclasificación de la morbi-mortalidad, el inicio de la incorporación de otras disciplinas como la antropología, etc. Pero existen dificultades para el manejo del plano fenoménico. Un problema central es la incorporación de técnicas de análisis cuantitativo. Las pruebas matemáticas utilizadas son las que parten de una base cartesiana, como las de asociación y correlación (regresión), contingencia, análisis de varianza, etc. que rigidizan y reducen el manejo empírico, puesto que en última instancia se concretan en relaciones del tipo $x—y$, o $x_1, x_2, x_3, … x_n—y$, o $x_1, x_2, … x_n—y_1, y_2, … y_n$ etc., las cuales contradicen la óptica de movimiento e integración que contempla el nuevo enfoque. Parece ser que el desarrollo de nuevas concepciones sobre el espacio geométrico como las que está desarrollando la geometría fractal, ofrecen una perspectiva interesante para la observación matemática del movimiento y el desarrollo de pruebas coherentes.

La importante innovación que el grupo de Xochimilco ha implementado para la aplicación de investigación participante bajo el modelo obrero, aún no ha articulado la integración de los dos tipos de instrumentos que son, la encuesta colectiva y la encuesta individual. No se trata en este caso de un problema de intervalidación sino de que reflejan aspectos o dimensiones distintas de la realidad de los trabajadores y ángulos diferentes de percepción de la realidad, la primera refleja el saber popular colectivo y la segunda registra aspectos de la conciencia individual y de la salud-enfermedad en la mirada científica.

Otras Propuestas Latinoamericanas en Epidemiología

Los trabajos de Naomar de Almeida Filho del importante grupo de Bahía que surgieron alrededor de la investigación epidemiológica de los procesos mentales, publicados a mediados de la década de los ochenta ¹⁶⁹, a más de aportar en la crítica de los modelos convencionales convergen a un planteamiento metodológico sobre la construcción del objeto epide-

miológico y el método de la epidemiología. Si bien la parte dedicada a la construcción del objeto trae aportaciones y algunos planteamientos que ameritarían una crítica a la luz de los principios epidemiológicos sustentados por las dos propuestas anteriores, el trabajo de Almeida Filho trae una importante crítica y propuesta alternativa en cuanto a la discusión de los diseños para observación, sobre todo en la necesidad de combinar tipos de estudio que garanticen extensión y profundidad y rompan los criterios de la epidemiología convencional sobre los diseños experimentales, analíticos y descriptivos. El autor propone esquemas de integración que serían de gran utilidad para el trabajo epidemiológico futuro.

Cristina Possas, sobre todo en su trabajo "Epidemiología e Sociedade"¹⁷⁰ lanza, luego de establecer algunos cuestionamientos sobre los que no se insistirá en esta parte por considerar que en las secciones anteriores están discutidas algunas de sus apreciaciones críticas, su propuesta sobre los patrones de determinación, que los define como "la distribución de determinantes relativamente homogéneos de riesgo de morbimortalidad en una población, identificados a partir del análisis del impacto epidemiológico de las formas de inserción socio-económicas (condiciones específicas de vida y trabajo) a las que está expuesta en aquella sociedad dada"¹⁷¹. Si bien en ciertos términos intenta aproximarse a las propuestas precedentes, conlleva algunas diferencias de fondo que traducen un marco teórico distinto, porque reducen la óptica de la epidemiología a la distribución de efectos relacionados con la morbimortalidad sin tomar en cuenta el otro polo de la contradicción (procesos vitales-salud) y porque prioriza en la determinación los procesos de trabajo y consumo sin tratar otros dominios de la determinación. Pero lo que nos interesa destacar de la producción de Possas es su trabajo de reoperacionalización para el manejo de fuentes secundarias que le permite ofrecer una mirada vasta y rica de la situación epidemiológica brasileña.

En resumen, esta breve revisión de las aportaciones y desafíos de la producción latinoamericana en epidemiología no pretende ser un trabajo exhaustivo y seguramente habrán

omisiones de trabajos importantes, por las cuales se pide anticipadas disculpas, pero interesaba construir una idea aproximativa del hilo conductor del quehacer en este campo y un señalamiento de los retos que el "Sur" tendrá que afrontar en un mundo dominado e insalubre.

EL METODO EMPLEADO PARA EL ANALISIS DE LA PRODUCCION LATINOAMERICANA Y DESCRIPCION GENERAL

José Yépez y Patricia Costales

Método para el Análisis de la Producción Latinoamericana

El movimiento histórico del saber latinoamericano acerca de la salud colectiva se constituye en objeto de estudio. Se pretende desentrañar los aportes y falencias principales del método empleado por los investigadores de la región para el conocimiento de los procesos particulares de carácter epidemiológico, político e ideológico. Es preciso dar cuenta de las características esenciales de los modos de investigar la salud poblacional, la práctica y el saber, superando la simple descripción de los fenómenos bibliográficos en cuestión. El estudio no persigue una simple clasificación descriptiva de información bibliográfica respecto a metodología, se trata de ponderar el significado histórico y la validez científica de las formulaciones metodológicas, aportaciones teóricas y categorías implementadas por los investigadores latinoamericanos en el campo, así como del desarrollo instrumental y analítico conseguidos.

Es indispensable encuadrar el análisis de la producción latinoamericana en un marco de interpretación integrador y dialéctico para que puedan desentrañarse las determinaciones y movimiento del objeto de estudio. Se busca que la tarea investigativa asumida no sea un simple ejercicio académico especulativo sobre la bibliografía de la región, sino una contribución al afinamiento del saber en función de la lucha por la

salud y un recurso de vigilancia epistemológica que destaque los aciertos y avances metodológicos más importantes, que identifique las líneas de trabajo más promisorias, pero que también descubra los resagos y filtraciones de formalismo y empirismo que menoscaban la objetividad científica y el principio emancipatorio que los investigadores latinoamericanos han adoptado como eje del quehacer.

El Procedimiento Investigativo

El proyecto global establece precisiones metodológicas generales que no es necesario repetir en esta sección. A continuación se explican los aspectos referentes al componente de metodología.

Limitaciones: Al concretar el componente metodológico del objeto de estudio se enfrentaron algunas dificultades que deben explicitarse con el fin de establecer de antemano las limitaciones de la investigación en este componente: en primer término, las que son propias de toda tarea internacional e intergrupala, donde pese a los esfuerzos de coordinación y las reuniones integradoras, fué difícil compartir toda la información y los análisis que eran indispensables para redondear la construcción del objeto de estudio particular. En segundo lugar, y lo que es más importante desde el punto de vista metodológico, el objeto de estudio como parte de un todo más amplio, es el producto de su propia historia y de la historia del todo, aspectos de una diacronía que la presente investigación no ha podido recoger adecuadamente, razón por la cual los correspondientes análisis adolecerán de esa limitación.

En definitiva, no sólo se ha experimentado una dificultad para obtener y/o procesar todos los materiales de valor sino que, al haber cumplido una especie de "corte transversal" en el análisis, no fue posible seguir la historia de los autores y la evolución de su producción, para entender mejor el proceso de conformación de sus aportaciones y categorías.

El estudio comenzó por fijar los criterios generales de

delimitación : se aborda el análisis de los materiales publicados y de carácter informal*¹, aparecidos luego de 1970, realizados por autores latinoamericanos e identificados con un enfoque teórico integral.² La delimitación temporal se estableció para corresponder a la época respectiva a la consolidación del movimiento latinoamericano contemporáneo (tomada a partir de la primera reunión internacional de Cuenca, Ecuador). Los esfuerzos del análisis se concentraron en el material "progresista o de ruptura", con lo cual quedó fuera el inmenso acervo de trabajos realizados desde las ópticas positivista-funcional y fenomenológica.

Fuentes y Criterios para la Selección de los Trabajos

El intento de rescatar los aportes metodológicos generados por la medicina social comenzó concretando los criterios de selección de las fuentes y trabajos en los cuales es posible identificar, en latinoamérica, documentos inscritos en la corriente.

Como se señaló anteriormente, la forma de ubicar la producción en medicina social escogida fué la revisión del material escrito (impreso o no) difundido en libros, publicaciones regulares, publicaciones informales, etc.

-
- 1 La **bibliografía gris** en el léxico informático consiste en el material no publicado que circula en forma de policopias de manuscritos y originales.
 - 2 Al respecto es especialmente sugerente la propuesta del grupo de la Universidad Autónoma de Xochimilco (Laurell, Noriega y otros) para la implementación de una forma modificada del modelo obrero que explora la participación de los trabajadores en la investigación, mecanismos de estudio de la fábrica "a distancia" y la articulación directa del proceso investigativo en la lucha gremial.

- a) Se propuso realizar la revisión de las publicaciones seriadas que, en su trayectoria, han dado cabida a esta forma de interpretación del proceso salud-enfermedad, tratando de que se pueda recoger la producción de los distintos países. Estas publicaciones seriadas fueron:

	PUBLICACION	CIUDAD	PAIS
1.	Cuadernos Médico Sociales	Rosario	Argentina
2.	Revista Salud Problema	México	México
3.	Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud	San José	Costa Rica
4.	Revista Cubana de Higiene y Epidemiología	La Habana	Cuba
5.	Revista Cubana de Administración de Salud	La Habana	Cuba
6.	Cuadernos de Postgrado	Sto.Domingo	R.Dominicana
7.	Revista Saúde em Debate	R. Janeiro	Brasil
8.	Revista Salud y Trabajo	Portoviejo	Ecuador
9.	Revista Latinoamericana de Salud	México	México
10.	Revista Mex. de Ciencias Políticas y Sociales	México	México
11.	Revista de la Escuela Nacional de Salud Pública	Medellín	Colombia
12.	Revista Investigación y Educación en Enfermería	Medellín	Colombia

- b) Otros documentos (tesis, ponencias, ensayos, etc.), que se difunden informalmente, fueron también incluidos como referente empírico.
- c) Un tercer elemento importante lo conformaron algunos de los libros de que dispone el Servicio de Información del Centro de Estudios y Asesoría en Salud.

Puesto que no todos los trabajos comprendidos en las publicaciones mencionadas corresponden a esta corriente, se establecieron algunos criterios para la delimitación de aquellos que se incluirían. Estos criterios fueron:

- a) Temporal: trabajos de 1970 en adelante.
- b) Espacial: Tratando de abarcar la producción de la mayoría de países latinoamericanos.
- c) Areas Temáticas: Intentando cubrir las tres grandes áreas en las que se puede dividir a la Medicina Social: producción y distribución de la salud-enfermedad, práctica en salud y saber en salud.
- d) Categorías sociales y referencias bibliográficas. En este tamizaje o barrido de documentos, fue indispensable rescatar trabajos en los que en una revisión rápida fue posible identificar la utilización de categorías sociales, la crítica a las concepciones tradicionales sobre el proceso salud-enfermedad, y/o que tuvieran entre las referencias bibliográficas autores de reconocida presencia y desarrollo en esta reformulación.

Así se procedió a tamizar los documentos, desde luego reconociendo algunas limitaciones materiales y subjetivas.

Limitaciones materiales: El abundante fondo bibliográfico, en proceso de organización y sistematización, la carencia de parte del "material gris", especialmente tesis, que se están produciendo en los principales centros de la Medicina Social latinoamericana, la discontinuidad, excepto en algunos casos, de algunas publicaciones seriadas.

Limitaciones subjetivas: Afinidad y desarrollo preferencial de quienes participaron en este tamizaje inicial, por el área de producción y distribución del proceso salud-enfermedad, limitaciones en el conocimiento de materiales actualizados sobre práctica en salud.

Fases para el Análisis: Con el fin de implementar el procesamiento de la bibliografía y llevar a cabo el análisis de los aspectos antes formulados se cumplieron las fases que constan en el esquema No 2.

El **tamizaje inicial** y el **análisis básico** tuvieron como fundamento el acervo bibliográfico del CEAS organizado con el programa Micro-Isis con una base de datos a la que se incorporaron codificaciones especiales propias de la Medicina Social. En el sistema CEASBIB cada documento es analizado por una documentalista y por un médico especializado en Medicina Social. A más de los registros convencionales de BIREME (Biblioteca Regional de Medicina de Sao Paulo), se establecen registros propios del CEASBIB para cubrir áreas y subáreas temáticas que no consideran los sistemas convencionales.

En el proceso se incluyen descriptores de tres tesauros internacionales*¹ y los propios del CEASBIB levantados para responder a las necesidades de indización del material especializado de "ruptura" que conforma la mayor parte del acervo.

El tamizaje partió de la revisión de más de 1500 documentos los que se sometieron a los criterios de selección inicial: delimitación temporal (>1970), que los autores individuales o colectivos fueran latinoamericanos, y la identificación de un enfoque teórico integral ubicable a través de las categorías de análisis empleadas y de las fuentes bibliográficas utilizadas. De ese modo fueron seleccionados 316 documentos como los más representativos.

1 Además de los descriptores nuevos que el CEAS está incorporando se emplean los de tesauros internacionales: el Tesauro Multilingüe sobre Población del Comité Internacional para las Investigaciones Nacionales en Demografía, los Descriptores de Ciencias de la Salud -DeCS- de BIREME (tanto el jerarquizado como el alfabético), el Macrotesauro de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económico -OCDE-, el Tesauro Multilingüe de Terminología Agrícola -AGROVOC- y como tesauro de referencia el SPINES.

El análisis básico se aplicó a los 316 documentos detectados en esa etapa más algunos pocos adicionales que por su importancia fueron incluidos después. Consistió fundamentalmente en un registro sistematizado de un conjunto de variables que constan en el formulario (MEDSOC1) incluido como anexo. Es muy importante destacar que si bien la base de datos del CEAS no está totalmente completa, sin embargo dispone de colecciones de las principales revistas latinoamericanas de nueva orientación, de los libros más importantes publicados por autores latinoamericanos, de tesis de las maestrías en Medicina Social, y de material gris recogido desde hace 10 años.

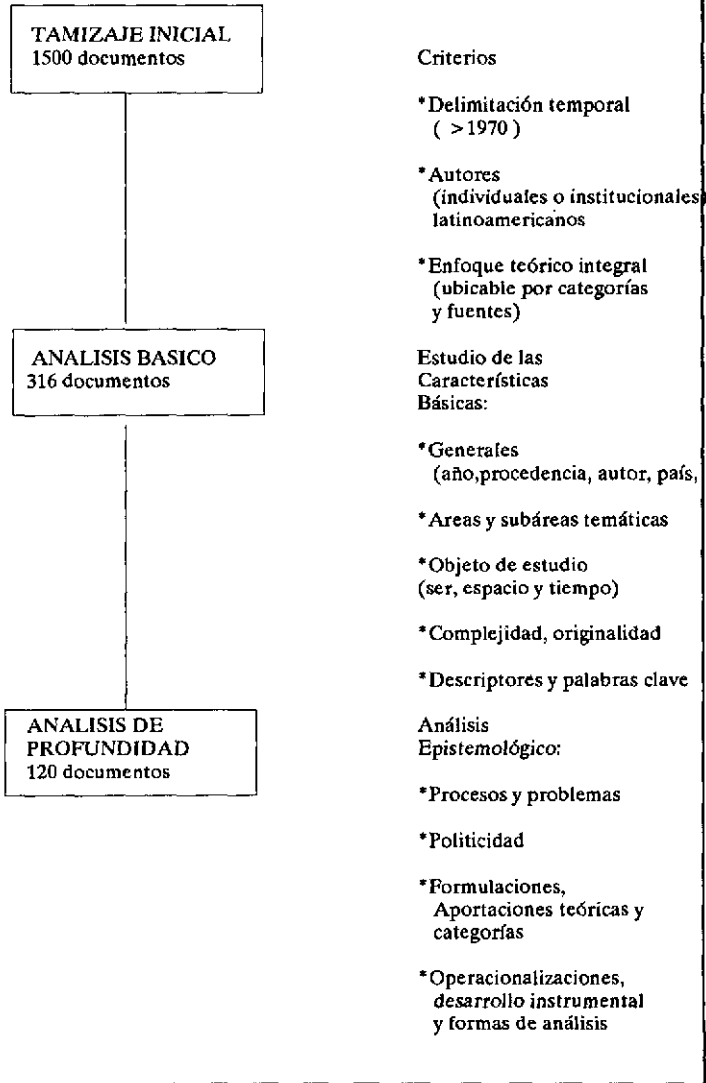
El **análisis de profundidad** se aplicó a más de cien documentos que fueron marcados en el formulario MEDSOC1. Para llevar a cabo esta parte del análisis se aplicaron los criterios para "formulación de aspectos esenciales" que se exponen a continuación.

Formulación de aspectos esenciales. Para proceder al análisis documental y desentrañar las características fundamentales de la producción, el equipo rescató los elementos que se explicitan en la siguiente guía.

El material fue procesado por un grupo de investigadores del CEAS, cada uno de los cuales efectuó el análisis según una división del trabajo. El propósito inicial fue el de integrar también en esta parte la tarea, lamentablemente esa integración final no se consiguió totalmente.

Esquema N° 2

Fases del Estudio



Procedencia, Formas Organizativas, Tipos y Areas Temáticas de 316 Trabajos Estudiados en la Fase Intermedia del Estudio

Del análisis descriptivo de esas características, podemos realizar algunas observaciones.

Si se analizan los trabajos, de acuerdo al **tipo de publicación**, el volumen mayor lo constituyen artículos (39%), existiendo un porcentaje importante de inéditos (20%). Mención especial hacemos de las tesis (14.6%), que aunque constituyen también documentos inéditos, poseen características que de alguna manera los convierten en diferentes, al ser el producto inicial de quienes culminan un período de su formación académica y con posibilidades mínimas de difusión.

Al agregar inéditos y tesis, se observa que conjuntamente constituyen trabajos de difusión muy limitada, circunscrita a núcleos o personas interesadas vivamente en la comunicación de logros, obstáculos y potencialidades de esta forma de abordaje de los procesos. Si, aún más, se agregan las ponencias y memorias, que también poseen limitaciones de difusión, en conjunto llegan al 47.5%.

De ello se pueden establecer aproximaciones al importante esfuerzo de difusión existente (aunque no de manera igualitaria entre los diferentes países), pero queda todavía un porcentaje muy apreciable de trabajos que no logran acceder a canales de divulgación.

Se ha alcanzado un grado importante de **institucionaliza-**

ción de la producción. El 79 % de los trabajos preseleccionados son de carácter institucional (personal o impersonal).

De todas maneras, existe una quinta parte de trabajos que se elaboran exclusivamente a título personal, lo que significa que todavía existe un considerable esfuerzo individual. Podría explicarse por el proceso de conformación colectiva o de aglutinación progresiva de la gente inmersa en este nuevo enfoque.

Si se mira por **países** este grado de **institucionalización**, se observa que, entre los trabajos institucionales personales, México (29%), Ecuador (20.5%) y Brasil (17.1%), alcanzan los porcentajes más elevados. Existe un grado considerable de institucionalización de la producción médico social de esos países.

Entre las publicaciones personales son los mismos países los que tienen la mayor producción.

Cuando se analizan los trabajos por el **grado de elaboración** o nivel de complejidad, el 52% lo constituyen ensayos científicos y el 28.8% investigaciones. Poco más de la mitad corresponde a aproximaciones interpretativas inmersas dentro del gran esfuerzo de construcción y afianzamiento del marco teórico histórico estructural en la explicación del proceso salud-enfermedad.

Existe un porcentaje respetable de investigaciones, dentro de las cuales seguramente tienen un peso importante los cursos de Medicina Social y su producción científica.

En Argentina, Brasil, México y Ecuador, la producción es institucional en porcentajes superiores al 50%. En México y Ecuador se alcanzan el 82 y 92% respectivamente. Esta institucionalización se considera que tiene características distintas para los dos países. En México es probable que sea predominantemente universitaria, en tanto que en Ecuador comparte lo universitario con lo privado.

En la asociación **institucionalización y grado de elabora-**

ción o complejidad, dentro de los trabajos institucionales alrededor del 35% son investigaciones, mientras que entre los personales solamente el 10% tienen esa categoría. Podríamos afirmar que la institucionalización favorece el desarrollo de la investigación (asignación de recursos, apoyo para la conformación de núcleos de trabajo, posibilidades de divulgación, etc).

En la producción de tipo personal el 88% se encuadra en monografías y ensayos científicos. Parece ser que los esfuerzos personales se orientan mayoritariamente a elaborar aproximaciones y reconceptualizaciones, en tanto que la institucionalización permite progresivamente la aprehensión de objetos concretos por las razones mencionadas anteriormente.

Podrían cuestionarse estas aseveraciones porque no se ha tomado en cuenta para hacerlas, la discriminación de tiempos. De hecho, la primera etapa de construcción de la Medicina Social fue de crítica a la concepción hegemónica y dio lugar a la necesidad de construcción del marco teórico-conceptual, para posteriormente pasar a la siguiente etapa de concretización en realidades particulares, siendo esta última la más reciente y en actual desarrollo.

Al mirar la asociación **tipo de institución** y **nivel de elaboración**, se puede anotar que en general el 46% de la producción es universitaria y existe un 12% de producción por instituciones privadas. El resto de instituciones (gubernamentales o combinaciones de gubernamental con universitaria, gubernamental con privada, etc.), alcanzan bajos porcentajes.

En la producción universitaria existen proporciones similares de investigaciones y ensayos científicos. Se encuentran balanceadas las aproximaciones interpretativas y la aplicación a objetos concretos.

Si se hace referencia a **país ejecutor** y **grado de elaboración**, limitándose a los países que inscriben el mayor número de trabajos en este filtrado, se observa que Brasil y Ecuador distribuyen igualitariamente sus productos entre ensayos científicos e investigaciones, en tanto que en Argentina y Brasil

alcanzan porcentajes más elevados los ensayos. El bajo porcentaje de México, en investigaciones se podría explicar por la no disponibilidad en nuestro Centro, de buena parte de los trabajos universitarios.

ANEXO 1

ASOCIACION LATINOAMERICANA DE MEDICINA SOCIAL
COORDINACION ANDINA - CEAS, QUITO

FORM MEDSOC I No. 1/4

CODIGO MICROFIS 3/16

PROYECTO DE INVESTIGACION: DESARROLLO DE LA MEDICINA SOCIAL EN AMERICA LATINA - COMPONENTE: METODOLOGIA
ANALISIS DESCRIPTIVO BASICO DE DOCUMENTOS SELECCIONADOS EN LA PRIMERA ETAPA

A. IDENTIFICACION	
1. Autor (es) _____	177/216
2. Titulo _____	217/466
3. Pais <input type="checkbox"/> 467/468	4. Fecha <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 469/476
Información rescatable de Microfisis	
PUBLICACION	7. UBICACION GEOGRAFICA
5. FORMA	Institucional o de autor (ejecutor)
Libro (1)	_____
Folleto (2)	_____
Tesis (3)	_____
Articulo (4)	Ciudad 479/492
Memoria (5)	_____
Ponencia (6)	<input type="checkbox"/> 493/494
Inédita (7)	País _____
Otro (8) <input type="checkbox"/> 477/477	
	497/496
6. TIPO	8. NUMERO DE INVESTIGADORES
Institucional	<input type="checkbox"/> 495/496
Personal (1)	INSTITUCION
Impersonal (2)	_____
Personal (3) <input type="checkbox"/> 478/478	9. NOMBRE
(si marca 1 o 2, llene 9 y 10)	_____
	10. TIPO
	Gubernamental (1)
	Universitaria (2)
	Privada (3)
	Gov+Univ (4)
	Gov+Priv (5)
	Univ+Priv (6)
	Gov+Univ+Priv (7)
	Otra (8)
	No datos (9) <input type="checkbox"/> 697/697

B. TEMA. Areas y subáreas

11. Epidemiología (81)	No formal		14. Producción y distribución del SABER en salud	
12. Producción y distribución de salud -enfermedad	- cotidiana (13)		- Tipo	
- Determinantes (82)	- empírica (14)		- Formal (125)	
- Distribución	Distribución (15)		- No formal (26)	
espacial (83)	- espacial (16)		- Determinantes (27)	
social (84)	- social (17)		- Distribución	
temporal (85)	- temporal (18)		- espacial (28)	
- Énfasis	- Políticas (19)		- social (29)	
trabajo (86)	- Planificación y		- temporal (30)	
cuestionario simple (87)	Administración (20)		- Transmisión	
cues. ampliado	- Recursos Humanos		Comunicación (31)	
ambiente (89)	Mercado de empleo		Didáctica y Pedag. (32)	
13. Producción y distribución de PRÁCTICA en salud	- Evaluación de acciones (22)		15. Método	
- Tipo	- Insumos en salud (23)		- Teórico metodológ. (33)	
Formal	- Organización Popular en salud (24)		- Metodológ. operac. (34)	
- Estatal (108)			16. Dtro no contemplado (35)	
- Semiestatal (111)				
- Privada (112)				

Código Tema 698/717

17. OBJETO

ser _____	ser _____	ser _____
especie _____	especie _____	especie _____
tiempo _____	tiempo _____	tiempo _____

718/777
778/837
838/897

C. COMPLEJIDAD	D. DESCRIPTORES
18. Nivel de elaboración	19. Términos representativos
- Revisión bibliográfica (1)	_____
- Ensayo científico (2)	_____
- Monografía (3)	_____
- Investigación (4)	_____
- Tratado teórico metod. (5)	_____
- Otro (6) <input type="checkbox"/> 898/898	_____

	899/1188

E. ELABORACION	F. PASO FASE 2 A FASE 3
20. Código y fecha	21. Selección
	- Certeza (1)
1189/1188	- Duda (2)
	- No pasa (3) <input type="checkbox"/> 1189/1189

ANEXO 2

GUIA DE ANALISIS DOCUMENTAL

Para proceder al análisis documental se deben seguir las siguientes fases: es importante que se identifique y desarrolle cada uno de los numerales, con el objeto de cubrirlo completamente y facilitar el procesamiento.

1. PROCESOS Y PROBLEMAS SELECCIONADOS

1.1 Identificar el objeto problema de estudio, el cual se definirá por el trabajo teórico, metodológico y técnico desarrollado por el autor en su intento de construcción del mismo

1.2 Establecer los determinantes por los cuales se escoge ese problema-objeto de estudio.

Es necesario que se trate de visualizar si los tres elementos determinantes que a continuación se describen, intervienen en la selección del objeto-problema o con más fuerza uno ellos.

- a. Desarrollo de la teoría (factor ideal) "...la lógica general del desarrollo de la ciencia debe conducir a que el planteamiento de este problema sea no sólo posible sino *necesario* e incluso inevitable para poder moverse hacia adelante" (Kiedrov).

En el ámbito de una investigación particular puede ocurrir que el determinante fundamental se halle en la necesidad de consolidar elementos teóricos, metodoló-

gicos o técnicos que apoyen el proceso de investigación en esa área.

- b. Realidad material "... demandas de la práctica histórico social, demandas de la técnica y de la producción material", es decir, demandas del desarrollo de las fuerzas productivas.

El determinante debe ser visto conjuntamente con las necesidades surgidas en la dinámica social (lucha de clases).

- c. Si bien éstos son los determinantes fundamentales del desarrollo de la ciencia se perfila también como condicionante la realidad particular de la práctica investigativa, esto es, la inserción del investigador en la lucha política, su interiorización del método, la conformación del **SUJETO SOCIAL INVESTIGADOR** que coyunturalmente se organiza.

1.3 Estudiar las razones por las cuales el investigador escoge dicho objeto problema de estudio.

2. POLITICIDAD Y PROYECCIONES PRACTICAS (VALOR DE USO)

2.1 Relaciones con el poder y la práctica política:

Se pretende hacer una lectura de la intencionalidad del investigador en su producción científica, buscar el potencial impacto del conocimiento producido en la realidad.

Para cumplir con este objetivo se deberá delimitar la relación del saber con el poder.

Esta relación puede aparecer en un doble momento:

Poder como producto: Es difícil establecer una delimitación precisa entre los tres momentos o "componentes de poder", pues todos ellos se interrelacionan. Por lo general ocurre

que uno de los momentos se hace presente con mayor fuerza. De lo que se trata es de ubicar aquel momento o “componente” que tiene mayor fuerza en el trabajo investigativo.

- a. Poder ideológico-discursivo: Es el intento de generar un espacio para el discurso contra-hegemónico. El investigador prioritariamente desea llenar vacíos interpretativos de carácter teórico-metodológico o generar nuevas hipótesis.
- b. Poder técnico-administrativo: A través del conocimiento, el investigador intenta crear nuevos elementos tecnológicos (instrumentos) consecuentes con la teoría a la que responde, los mismos que permitirán operacionalizar o conducir acciones investigativas o de otro tipo en el ámbito de la salud colectiva. Además, dentro de esta relación poder-conocimiento, el investigador puede proponer movilizar recursos administrativos y de diferente tipo para consolidar un espacio para el desarrollo de la investigación y acción en el campo de la salud colectiva
- c. Poder político: Mediante el conocimiento el investigador se propone apuntalar el desarrollo de la conciencia, organización y movilización popular en torno a la salud como problema particular dentro de la lucha general por la transformación histórica de la sociedad.

Poder como proceso: La investigación puede ser planificada en forma tal que en el propio proceso de investigación es posible generar los elementos de poder anteriormente explicitados conjuntamente con la población “objeto” de estudio.

FORMULACIONES TEORICAS Y CATEGORIAS

3.1 Bases epistemológicas, discusión crítica de escuelas y modelos: En este punto se debe registrar si el investigador hace dicha discusión y por otro lado, los aspectos teóricos, metodológicos y técnicos que son criticados.

Cuando el autor no hace una clara discusión epistemológica, se debe ubicar la teoría del conocimiento dominante, así como la teoría de la realidad en la que se enmarca.

3.2 Construcción de la imagen del objeto:

En este punto se pretende analizar los conceptos fundamentales que produce o utiliza el investigador, sus relaciones con otros conceptos y categorías, la jerarquización de los mismos, las categorías directrices y las formas de explicación. En resumen, se establecerá la forma en la que el investigador concretiza y contextualiza la realidad objeto de estudio o dicho de otra manera, los andamios que construye el investigador en su trabajo en su intento de relacionar lo particular con lo general.

Se pueden diferenciar cuatro tipos de trabajos teórico-metodológicos:

- a. Trabajos en los cuales el autor intenta construir una teoría explicativa general a través de la interrelación de abstracciones que son jerarquizadas mediante un análisis de su peso determinativo y ubicación en las distintas dimensiones de la realidad. Este tipo de trabajo corresponde a estudios de naturaleza eminentemente teórica, en donde aparece como producto final, un concreto pensado en innumerables hipótesis. (Ej. Epidemiología: Economía, Medicina y Política.)
- b. Estudios de problemas particulares, en donde el esfuerzo fundamental radica en la concretización y contextualización del mismo. El autor construye los puentes o andamios de su objeto particular con los restantes procesos que lo producen y atraviezan.
- c. Estudios en los cuales predomina un interés de operacionalizar, esto es buscar las formas o las esencias descubiertas.
- d. Estudios en los cuales prima el interés expositivo o

“demostrativo”, en donde la dialéctica calidad-cantidad puede ser en unos momentos el eje de la preocupación, mientras que en otros aparece el razonamiento lógico no matematizado como elemento fundamental.

Es obvio que en muchos de los estudios se encuentren varios de estos momentos y aún todos ellos, pero por lo general es posible encontrar la primacía de uno o dos de ellos.

4. OPERACIONALIZACION, DESARROLLO INSTRUMENTAL Y ANALISIS

4.1 Manejo del referente empírico:

Mismos procedimientos operacionales? En que se ha producido la ruptura? Variables e indicadores?

Mismos instrumentos? En que se han producido variaciones? Arsenal: recursos técnicos, procesos y equipos.

Replanteo del modo de uso de fuentes secundarias y procedimientos tradicionales.

4.2 Articulación de análisis cualitativo y cuantitativo:

4.3 Criterios de validez y eficacia.

5. TIPO DE ESTUDIO

Tipo de diseño de investigación: documental, de fuente directa, prospectivo, retrospectivo, etc.

6. PRINCIPALES DESARROLLOS

¿Cuáles son los principales logros o productos que el proceso de investigación aporta? elementos teóricos, metodológicos, técnicos, de formación de investigadores, de conciencia y lucha colectiva, etc.

BIBLIOGRAFIA

1. AMIN, S.- La Desconexión, Hacia un Sistema Mundial Policéntrico- Madrid, Editorial IEPALA, 1988, pp. 7.
2. La Metamorfosis de los Intelectuales Latinoamericanos- Foro Democrático: 18-19,1989.
3. CUEVA, A.- El Marxismo Latinoamericano: Historia y Problemas en "La Teoría Marxista" -Quito, Editorial Planeta, 1987, pp.183.
4. Ibid., pp.184
5. Ibid., pp.185
6. CUEVA, A.- Las Democracias Restringidas de América Latina -Quito, Planeta, 1988, pp.68.
7. GARCIA, J. Medicina y Estructura Social- SESPAS, República Dominicana, 1980.
8. Ibid.
9. GARCIA, J. The Laziness Disease- Firenze, Nápoles, 1981.
10. FASLER, C.- Planificación, Salud y Desarrollo- Colección SESPAS, Santo Domingo, 1980.
11. MERCER, H.- La Práctica Médica- en: Revista Mexicana de Ciencias Políticas y sociales, UNAM, México, 1976.
12. LOPEZ, V. Y LARA, N.- Trabajo Odontológico en la Ciudad de México. Análisis de la práctica dominante- UAM-X, México, 1983.

13. CEAS.- Situación y Tendencia de los Recursos Odontológicos Profesionales del Ecuador- Quito, Impreso CEAS, 1985.
14. CORDEIRO, H.- As Empresas Médicas: As Transformações Capitalistas da Prática Médica. Edições Graal, Rio, 1984.
15. TETELBOIN, C.- La Práctica Médica en Chile: El proceso de conformación de un nuevo "modelo" y sus tendencias- Tesis para la Maestría en Ciencias de Medicina Social, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, México, 1980.
16. CEAS.- Evaluación de Servicios de Salud Materno-infantil- Quito, Impresos del CEAS, 1985.
17. GRANDA, E.- La Investigación en Salud: Un Reto de Construcción Democrática- Anales de la Universidad de Cuenca, 1988.
18. LUZ, M.- As Instituições Médicas no Brasil- Rio, Edições Graal, 1979.
19. Ibid.
20. Ibid.
21. Ibid.
22. Ibid.
23. FLEURY, S.- Estado, Poder e Democratização da Saúde-Trabajo elaborado para la Asociación de Medicina Social, Quito, 1989.
24. BLOCH, C. Y TESTA, M.- Estado y Salud- Medellín, Memorias del 4to. Congreso Latinoamericano y 5to. Congreso Mundial de Medicina Social, 1987.
25. Ibid.
26. Ibid.
27. TESTA, M. y col.- Estructura de Poder en el Sector Salud-CENDES, 1981.

28. FLEURY, S.- Estado Capitalista e Política Social- Taller Latinoamericano de Medicina Social, Medellín, Colombia, 1987.
29. DONANGELO, C.- Saúde e Sociedade- Librería Duas Cidades, Sao Paulo, 1979.
30. MENENDEZ, E.- Hacia una Práctica Médica Alternativa- Hegemonía y Autoatención en Salud- Cuadernos de la Casa Chata, 86, México, CIESAS, 1984.
31. EIBENSCHUTZ, C.- Participación Popular en Salud.- en: Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud, No.21, CSUCA, San José, 1982.
32. FOUCAULT, M.- El Nacimiento de la Clínica, Siglo XXI, México, 1966.
33. Ibid. pp.13
34. FOUCAULT, M.- A Arqueologia do Saber, Vozes, Rio, 1971, pp.231-232
35. CANGUILHEIM, G.- Lo Normal y lo Patológico- México, Siglo XXI Editores, 1966.
36. DONNANGELO, M. y PEREIRA, L.- Saúde e Sociedade- Duas Cidades, Sao Paulo, 1976.
37. GONÇALVEZ, R.- Medicina e Historia: Raízes Sociais do Trabalho Médico, Dissertação de mestrado, FMUSP, Sao Paulo, 1979.
38. NOGUEIRA, R.- Medicina Interna e Cirurgia: A Formação Social de Prática Médica- Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (tese de mestrado), Rio, 1977.
39. SCHRAIBER, L.- Educação Médica e Capitalismo- Sao Paulo, HUCITEC-ABRASCO, 1989.
40. GARCIA, J.C.- The Laziness Disease. Op. cit.
41. Ibid. pp.2.
42. Ibid. Op. Cit. pp.

43. GRANDA, E.- La Investigación en Salud, un Reto de Construcción Democrática. Op. cit.
44. SAMAJA, J.- Dialéctica de la Investigación Científica- Helgero Editores, Argentina. 1987.
45. SCHRAIBER, L.- Educación Médica...Op. cit. pp.104
46. GARCIA, J.C.- La Articulación de la Medicina y de la Educación en la Estructura Social- Policopiados del CEAS, Quito, 1980.
47. Ibid. pp.2
48. Ibid.
49. ILICH, I.- La Educación Desescolarizada- Barral, Barcelona, 1976.
50. ILICH, I.- Nemesis Médica: la Expropiación de la Salud- Barral, Barcelona, 1975.
51. GARCIA, J.C.- La Formación del Médico en la Realidad Social de cada País: consideraciones sobre el Marco Teórico de la Educación Médica. XII Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina de América Latina. Universidad Autónoma de Honduras, Ediciones UDUAL, México, 1982.
52. Ibid. Op. Cit.
53. GARCIA, J.C.- La Educación Médica en la América Latina- OPS/OMS, Publicación Científica No.255, Washington, 1972.
54. DONNANGELO, M.- Saúde y Sociedade... Op. cit.
55. SCHRAIBER, L.- Educação Médica e... Op. cit. pp. 104-127.
56. Ibid. pp. 108.
57. FLEXNER, A.- Medical Education in United States and Canada, A report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, Bulletin No.4 DBU Updike. The Merrymont Press, Boston, 1910.
58. SCHRAIBER.- Op. Cit. pp.116.

59. Ibid. pp.123.
60. Ibid. pp.127.
61. BREILH, J.- El Marxismo en la Defensa y Transformación de la Vida- Países Bajos, 11ma. Conferencia Internacional sobre las Ciencias Sociales y Medicina, Julio de 1989.
62. ROTHMAN, K.- Causal Inference- Chesnut Hill, Epidemiology Resources Inc., 1988.
63. SUSSER, M.- Falsification, Verification and Causal Inference in Epidemiology: Considerations in the Light of Sir Karl Popper's Philosophy in "Causal Inference" (Rothman, K, editor)- Chesnut Hill, Epidemiology Resources Inc., 1988, pp.37
64. BREILH, J.- El Marxismo en la Defensa y Transformación de la Vida- Op. Cit., pp.7
65. MacMAHON, B.- Principios y Métodos de Epidemiología. La Prensa Médica Mexicana, México, 1975 (Traducción basada en "Epidemiologic Methods" y "Epidemiology: Principles and Methods" del autor).
66. LEAVELL, H. and CLARK, E.- Preventive Medicine for the Doctor in his Community. McGraw-Hill, New York, 1965.
67. LILIENFELD, A.- Foundations of Epidemiology. Oxford University Press, New York, 1976.
68. SUSSER, M.- Causal Thinking in the Health Sciences. Oxford University Press, New York, 1973.
69. SUSSER, M.- Falsification, Verification and Causal Inference in Epidemiology: Reconsideration in... (Ref. 63)
70. ROTHMAN, K.- Epidemiología Moderna. Little Brown, Madrid, 1987.
71. ROTHMAN, K.- Inferring Causal Connections-Habit, Faith or Logic? In Causal Inference (edited by Rothman K.), p.3-12. Epidemiology Resources Inc., Chesnut Hill, 1988.
72. BREILH, J.- Epidemiología: Economía, Medicina y Política- Quito, Universidad Central, 1979 (3ra. ed. mexicana 1990).

73. ECHEVERRIA, B.- El Discurso Crítico de Marx.
74. LAURELL, A.- Ciencia y Experiencia Obrera: La Lucha por la Salud en Italia- Cuadernos Políticos 41: 63-83, 1984.
75. BREILH, J. Y GRANDA, E.- Epidemiología y Contrahegemonía- Revista "Salud Problema" 11: 25-40, 1986, pp.27.
76. Ibid., pp.27.
77. BREILH, J.- Una Nueva Propuesta para Salud en "Deterioro de la Vida en Ecuador" (varios autores)- Quito, Ediciones del CEAS, (en prensa).
78. NORIEGA, M.- Problemas Teórico- Metodológicos de la Investigación Sobre Salud en el Trabajo- Salud Problema, 17: 9-13, 1989, pp.12.
79. GRANDA, E.- Algunos Elementos sobre el Desarrollo de la Salud Pública en América Latina- La Habana, Documentos del CEAS, 1990.
80. GARCIA, J.C.- La Educación Médica en América Latina- Washington, Organización Panamericana de la Salud, 1972.
81. PAREDES, R.- Oro y Sangre en Portovelo (El Imperialismo en el Ecuador)- Quito, Editorial "Artes Gráficas", 1938.
82. LAURELL, A.C.- Morbilidad, Ambiente y Organización Social-Salud Pública de México, XVII (4), 1975.
83. LAURELL, A.C.- Medicina y Capitalismo en México- Cuadernos Políticos, 5, 1975.
84. LAURELL, A.C.- Enfermedad y Desarrollo: Análisis Sociológicos de la Morbilidad en Dos Pueblos Mexicanos- Revistas Mexicana de Ciencias Políticas, 84, 1976.
85. LAURELL, A.C.- Notas para una Metodología social en el Estudio del Crecimiento y Desarrollo del Niño- Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud, 7, 1976.
86. LAURELL, A.C.- Algunos Problemas Teóricos y Conceptuales de la Epidemiología Social- Revista Centroamericana de Ciencias de la salud, 6, 1977.

87. AROUCA, S.- O Dilema Preventivista. Contribução para a Compreensão e Crítica de Medicina Preventiva, 1975.
88. BREILH, J.- Notas Acerca de Salud y Sociedad- Quito, Area de Medicina Popular de la Universidad Central, 1976.
89. GRANDA, E.- Epidemiología: Instrumento de Dominación o de Liberación- Quito, Area de Medicina Popular de la Universidad Central del Ecuador, 1976.
90. CAMPAÑA, A.- Papel de la Sociedad en la Estructuración Psíquica y en la Formación de la Personalidad- Quito, Area de Medicina Popular, 1976.
91. BREILH, J.- Crítica a la Concepción Ecológico-Funcionalista de la Epidemiología- México, Tesis presentada a la Maestría de Medicina Social de la UAM-Xochimilco, 1977. La tesis se transformaría dos años más tarde en la obra "Epidemiología: Economía, Medicina y Política" que a la fecha tiene cinco ediciones realizadas: una en Ecuador, una en República Dominicana y tres en México.
92. TAMBELLINI, A.- Contribução a Analise Epidemiologica dos Accidentes de Transito- Campinas, Tesis presentada a la Universidad De Campinas, 1975.
93. ESCUDERO, J.- Desnutrición en América Latina, Su Magnitud, una Primera Aproximación- Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales, 84, 1976.
94. GRANDA, E.- Algunos Elementos sobre el Desarrollo de la Salud Pública- Op. cit., pp.13-14.
95. BREILH, J. Y GRANDA, E.- Investigación de la Salud en la Sociedad- Quito, Ediciones CEAS, 1980. (en la actualidad la obra está en su cuarta edición en Español y dos ediciones en portugués).
96. BEHM, H. Y ROSERO, L.- La Mortalidad en los Primeros Años de Vida en América Latina- San José, Centro Latinoamericano de Demografía, 1977.
97. DIER CLXSENS, W.- Capitalismo y Población, La Reproducción de la Fuerza de Trabajo Bajo el Capital- San José, Editorial Universitaria Centroamericana, 1979.

98. CELIS, A. y NAVA, J.- Patología de la Pobreza- Revista Mexicana del Hospital General, 33, 1979.
99. GARCIA, C.- La Mortalidad de la Niñez Temprana según Clases Sociales- Medellín, Universidad Pontificia Bolivariana, 1982.
100. GARCIA, J.C.- Mortalidad Infantil y Clases Sociales: El Caso de Medellín en la Década de los Setenta-, Medellín, Centro de Investigaciones para el Desarrollo Integral de la U.P.B., 1984.
101. JIMENEZ, R. y MINUJIN, A.- Mortalidad Infantil y Grupos Sociales: Metodología de la Encuesta Socio-Demográfica- México, Edición del Instituto de Investigaciones Sociales de la UNAM, 1984.
102. CEAS.- Determinantes Estructurales del Aborto Hospitalario Quito, CEAS, 1981.
103. BLOCH, C.; BELMARTINO, S.; TRONCOSO, M.; TORRADO, S. y QUINTERO, Z.- El Proceso de Salud Enfermedad en el Primer Año de Vida- Rosario, Centro de Estudios Urbano y Regionales, 1984.
104. ARGANDOÑA, M.- Determinantes Históricos y Culturales de la Depresión- Cochabamba, Universidad de San Simón, 1985.
105. MENENDEZ, E. y DI PARDO, R.- El Concepto de Clase Social en la Investigación de la Problemática de Salud- Enfermedad- Revista de la Casa Chata (Puebla), 1: 53-62, 1986.
106. TORRADO, S.- La Familia como Unidad de Análisis en Censos y Encuestas de Hogares- Buenos Aires, Ediciones CEUR, 1983.
107. MOLINA, E.- Enfermedad Diarreica Infantil en Distintos Conglomerados Sociales de una Ciudad en Fase Urbanística Inicial- Quito, Curso de Especialidad en Investigación y Administración, 1982.
108. MERCADO, F.- Las Manifestaciones Familiares del Fenómeno Salud-Enfermedad- Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud, 23: 65-74, 1982.

109. URIBE, G. y RAMIREZ, J.- Trabajo y Salud: El Caso de un Grupo de Mujeres Obreras, Campesina y Alfareras en Jalisco-Guadalajara, Presentado al IV Congreso Latinoamericano de Medicina Social, Medellín, 1987.
110. GOLDENBERG, P.- Mulher, Trabalho e Aleitamento- Sao Paulo, IV Encontro de Estudos Poblacionais, 1984.
111. GOLDENBERG, P.- Repensando a Desnutrição como Questao Social- Campinas, Editora de UNICAMP, 1988.
112. GRANDA, E.; BREILH, J. y CAMPAÑA, A.- Nuevo Enfoque para la Evaluación de Programas de Atención Materno-Infantil-Quito, CEAS, 1986.
113. EPELMAN, M.; FERNANDEZ, J.; RODRIGUEZ, C. y LLORET, A.- Estudio Médico, Psiquiátrico y Fisiológico en Trabajadores Expuestos a Riesgo Eléctrico- México, mimeo, 1978.
114. RODRIGUEZ, C.; PEREZ, E.; y JAUREGUI, A.- Proceso de Trabajo y Condiciones de Salud de Trabajadores Expuestos a Riesgo Eléctrico- Rev. Latinoamericana de Salud, 1, 1981.
115. TERAN, G. y ESPINOSA, A.- Organización Social y Proceso Laboral en los Trabajadores de la Empresa Eléctrica- Quito, CEIAS, 1983.
116. SEPULVEDA, J.- Salud Ocupacional y Condiciones de Trabajo y de Vida en Centroamérica- San José, I Seminario Latinoamericano de Medicina Social, 1979.
117. SEPULVEDA, J.- La Crisis y la Salud de los Trabajadores- Cuadernos Médico Sociales, 40: 5-24, 1987.
118. COHN, A.; KARSCH, U.; HIRANO, S. y SATO, A.- Accidentes do trabalho: Uma Forma de Violencia- Sao Paulo, Editora Brasiliense, 1985.
119. LAURELL, A. y MARQUEZ, M.- El Desgaste Obrero en México- México, ERA, 1983.
120. LAURELL, A. y NORIEGA, M.- Trabajo y Salud en SICARTSA- México, Programa de Difusión Cultural del SITUAM, 1987.

121. LAURELL, A. y NORIEGA, M.- La Salud en la Fábrica, Estudio sobre la Industria Siderúrgica en México- México, ERA, 1989.
122. TAMBELLINI, A.- O Trabalho e a Doença em "Saude e Medicina no Brasil" (R. Guimaraes-editor)- Rio de Janeiro, Edições Graal, 1981, pp. 93-119.
123. ECHEVERRIA, M.- Comentarios Metodológicos Técnicos al Estudio de la Salud en su Relación con el Proceso de Producción de C. Laurell- Medellín, 1987.
124. ECHEVERRIA, M.- Trabajo y Salud- Medellín, V Congreso Mundial de Medicina Social, 1987.
125. BETANCOURT, O.- La Salud en el Trabajo en el Ecuador: Notas para su Estudio-Revista Salud y Trabajo, 8-9: 3-12, 1984.
126. BETANCOURT, O.; NORIEGA, M. y Col.- Proceso Productivo y Salud de los Trabajadores de TECNOESA- Quito, CEAS-CEIAS, 1990.
127. BETANCOURT, O. y NAVAS, B.- Proceso Productivo y Salud en los Trabajadores del Sector Informal- Quito, Proyecto CEAS-OPS, 1989.
128. BETANCOURT, O. y KOHEN, J.- Proceso Productivo y Salud en los Trabajadores de Limpieza Municipal- Quito, Sindicato de Trabajadores de Limpieza-CEAS, 1990.
129. KOHEN, J.; GOMEZ, R.; LIZANO, E.; SALGADO, R.; ESPINOSA, E. Y YEPEZ, J.- La Salud en las Enfermeras de Cuidados Intensivos en dos Hospitales de Quito- Quito, CEAS, 1990.
130. GARCIA, J.C.- La Categoría Trabajo en la Medicina- Cuadernos Médico Sociales, 23, 1983.
131. GARCIA, J.C.- The Laziness Disease- Firenze, Leo Olschki Editore, 1981.
132. BERQUO, E.- A Pesquisa sobre Reprodução Humana no Brasil- Reproducción de Población y Desarrollo 4, SEADE, 1982.

133. CEAS.- Determinantes del Aborto- op. cit.
134. BREILH, J.; GRANDA, E.; CAMPAÑA, A. Y BETANCOURT, O.- La Mortalidad Infantil Diferencial en el Area Urbana de Quito- Quito, CEAS, 1981. (Publicada en 1983 como el libro "Ciudad y Muerte Infantil").
135. BREILH, J.; CAMPAÑA, A. y GRANDA, E.- Geografía de las Condiciones de Salud Enfermedad en el Ecuador- Quito, Instituto Panamericano de Geografía e Historia, 1990. (en prensa)
136. BREILH, J.; GRANDA, E.; CAMPAÑA, A.; PAEZ, R.; YEPEZ, J. Y COSTALES, P.- Deterioro de la Vida en Ecuador- Quito, Corporación Editora Nacional, 1990.
137. VARIOS AUTORES- Deterioro de la Vida en Ecuador- Ibid.
138. BERQUO, E.- A Pesquisa sobre Reprodução Humana no Brasil- Reproducción de Población y Desarrollo 4 (SEADE), Sao Paulo, 1982.
139. MERCER, H.- Espacio Social y Salud- Revista Salud Problema, 8, 1982.
140. BLANCO, J.- Regiones y Clase Social en la Determinación de la Enfermedad, el caso de la Meseta Tarasca-México, 1987.
141. LOPEZ CAMARA, V. y LARA, N.- Trabajo Odontológico en la Ciudad de México, Análisis de la Práctica Dominante-México, Ediciones UAM-X, 1983.
142. CEAS- Situación y Tendencia de los Recursos Odontológicos Profesionales en Ecuador- Quito, CEAS, 1982.
143. DIVISION DE ESTUDIOS MEDICO SOCIALES- Evaluación del Plan Nacional de Salud Rural- Quito, Instituto Nacional de Investigaciones Nutricionales y Médico Sociales, 1982.
144. CEAS- Investigación Internacional sobre Evaluación de Programas de Salud Materno Infantil- Quito, Proyecto CEAS-ICOMP, 1985.
145. BREILH, J.- Ciudad y Muerte Infantil- op. cit.

146. VASQUEZ, L.- Oncocercosis y Cafeticultura en Chiapas (Soconusco)- Xochimilco, Tesis de la Maestría de Medicina Social, s.f.
147. LEVIN, J. AND VANDERPOOL, H.- Is Religion Therapeutically Significant for Hypertension?- Soc. Sci.Med. 29 (1): 69-78, 1989.
148. RACZYNSKI, D. Y OYARZO, C.- Mortalidad Infantil en Chile-Santiago, Estudios CIEPLAN, 1981.
149. MENENDEZ, E.- Poder, Estratificación y Salud. Análisis de las Condiciones sociales y Económicas de la Enfermedad en Yucatán-México, Ediciones de la Casa Chata, 1981.
150. GARCIA CANCLINI, N.- Antropología vs. Sociología ¿Un Debate entre Tradición y Modernidad?- México, Nueva Imagen.
151. CARDACI, D.- Pensando como Mujeres... Propuestas Educativas en Salud de los "Colectivos" y "Redes" de Mujeres- México, UAM-X, 1989.
152. BREILH, J.- Deterioro de la Vida en el Decenio Perdido, El Desconcierto de la Salud en América Latina- Caracas, Seminario sobre Ciencia y Tecnología de la Salud, 21: 83-89, 1982.
153. AROUCA, S.- Salud en las Sociedades en transición- San José, Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud, 21: 83-89, 1982.
154. MUÑIZ, E.- Epidemiología de la Agresión- Managua, Maestría de Salud Pública, 1984.
155. CAMPAÑA, A.- Hacia una Epidemiología no Hegemónica de la Violencia- Rio de Janeiro, I Encuentro Internacional del Grupo de Trabajo sobre Violencia y Salud en América Latina, 1989.
156. ESCUDERO, J.- Estados de Excepción y Salud- Revista Salud Problema 7, 1981.
157. McKEOWN, T.- The Role of Medicine: Dream, Mirage or Nemesis?-London, The Nuffiel Provincial Hospitals Trust, 1976.

158. RUFFINO NETTO, A. y PEREIRA, J.- Mortalidade por Tuberculose e Condições de Vida: O Caso Rio de Janeiro- Saúde em Debate 12:27-34, 1981.
159. SOUZA LIMA, J. Y PERET ANTUNES, J.- A Historicidade do Biológico, Estudo de um Caso Concreto: A Tuberculose no Rio de Janeiro na Segunda Metade do Século XIX- Rio de Janeiro, mimeo, 1982.
160. RACZYNSKI, D. Y OYARZO, C.- Mortalidad Infantil en Chile- Op. cit.
161. FRANCO, S.- El Paludismo en América Latina- Medellín, Universidad de Antioquia, 1981.
162. BREILH, J.- Epidemiología: Economía, Medicina y Política- op. cit. pp.72.
163. LEVINS, R. AND LEWONTIN, R.- The Dialectical Biologist- Cambridge, Harvard University Press, 1985, pp.153-154.
164. ROSENTHAL, M. Y STRAKS, G.- Categorías del Materialismo Dialéctico- México, Grijalbo, 1960, pp.258.
165. ROSENTHAL, M. Y STRAKS, G.- Ibid., pp.257.
166. ROSENTHAL, M. Y STRAKS, G.- Ibid., pp.257.
167. ROSENTHAL, M. Y STRAKS, G.- Ibid., pp.260.
168. GRAMSCI, A.- Americanismo y Fordismo - México, Juan Pablos Editor, 1975, pp.296.
169. ALMEIDA FILHO, N.- O Objeto e o Método da Epidemiologia- Salvador, Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal da Bahia, 1985.
170. POSSAS, C.- Epidemiología e Sociedade- Sao Paulo, Editora HUCITEC, 1989.
171. POSSAS, C.- Ibid., pp.193.

CAPITULO III

TRABAJO Y SALUD: ESTADO DEL CONOCIMIENTO

Asa Cristina Laurell

* Mis agradecimientos a Margarita Márquez S. por su ayuda en la revisión del material bibliográfico y por sus estimulantes comentarios al trabajo, así como a los compañeros integrantes del Grupo de Trabajo "Desarrollo de la Medicina Social en América Latina", particularmente los Drs. Ana María Tambelini y Jaime Sepúlveda que fueron los comentaristas del ensayo.

INTRODUCCION

Durante los últimos diez años la temática de trabajo y salud se ha convertido en uno de los campos de mayor desarrollo dentro de la Medicina Social latinoamericana. Este crecimiento rápido de la producción científica y de las acciones no es gratuito, ya que en esta área se condensan varias de las principales preocupaciones de esta corriente de pensamiento. De esta manera ofrece un campo fecundo para la reflexión teórica sobre el carácter social del proceso salud-enfermedad y para el desarrollo de distintos acercamientos metodológicos al estudio de problemas específicos, socialmente importantes pero poco explorados. Se ubica, por otra parte, en un terreno político crucial en cuanto aborda una problemática que surge de la relación entre las clases básicas de la sociedad capitalista; cuestión que le confiere relevancia tanto respecto a las luchas reivindicativas como a la construcción de un proyecto histórico de clase. Es decir, es una temática que no sólo tiene un objeto científico definido sino que el conocimiento generado sobre ella tiene además un sujeto social conformado con potencialidades de convertir a este conocimiento en la base de una nueva práctica. Si a esto se añade el débil desarrollo de la práctica médica dominante en este campo se aprecia su emergencia como un espacio privilegiado de confrontación hegemónica entre dos distintas concepciones y prácticas. Sin embargo, por todas estas características tiende a ser un campo de aguda conflictividad, que sólo puede ser amortiguada si logra una alta legitimidad social.

La proliferación de los estudios sobre trabajo y salud ha permitido abarcar nuevas temáticas y profundizar en otras. Esquematizando se puede agrupar las investigaciones en tres

grandes áreas problemáticas: la referida a cuestiones teóricas y metodológicas; la de los estudios analíticos y descriptivos sobre la relación trabajo-salud y la de las investigaciones sobre el impacto en la salud de las transformaciones en el proceso productivo. Como es obvio una misma investigación puede contener elementos de varias de estas áreas, pero este agrupamiento resulta conveniente no sólo porque en cada una se genera conocimiento de diferente tipo sino también porque están involucrados problemas teórico-metodológicos y técnicos distintos.

La relación trabajo-salud se convirtió en tema de la reflexión sobre el carácter social del proceso salud-enfermedad porque permite pensar estructuralmente el problema crítico del encuentro entre lo natural y lo social; del proceso social de apropiación de la naturaleza como proceso de transformación de ésta y del hombre. Sin embargo, una vez fijado este punto de partida surgen las cuestiones teóricas específicas necesarias de resolver para construir teóricamente la relación entre el trabajo y la salud. En la literatura encontramos tres vertientes de este problema. La primera versa sobre cómo conceptualizar el "trabajo" y cómo desplegarlo para que adquiera relevancia respecto a la salud. La segunda explora cómo representarse las "mediaciones" entre el trabajo y la salud. La tercera se refiere a cómo conceptualizar la "salud". Cabe señalar que con cierta frecuencia los planteamientos teóricos no abordan el conjunto de estos problemas sino que se restringen a uno o dos dejando vacíos teóricos importantes; cuestión que tiende a relacionarse con el origen disciplinario de la reflexión.

En el período reciente la actividad y el debate más intensos en este campo se han dado respecto a los problemas metodológicos y no sobre las cuestiones teóricas. Parece haber consenso de que la resolución de las controversias teóricas no puede lograrse si no es a través del enriquecimiento del conocimiento en la práctica de la investigación y la acción, lo que requiere de un desarrollo metodológico mayor. De esta manera los interrogantes y ensayos metodológicos tienen un trasfondo epistemológico, pero el interés principal se centra en los problemas de la construcción del proceso investigativo. Sinte-

tizando y simplificando se pueden ubicar las principales discusiones metodológicas en tres áreas:

La primera se refiere al lugar de la experiencia obrera en el proceso de generación de conocimiento; cuestión que aparece bajo varias formas pero que en el fondo se refiere al problema de la relación entre el sujeto y el objeto y de lo subjetivo y lo objetivo en el proceso de investigación. Es, pues, el debate sobre los límites y alcances del llamado Modelo Obrero y de la historia de vida, la observación participante y la entrevista profunda a informantes claves.

La segunda concierne a la relación o articulación entre las distintas disciplinas y sus instrumentos investigativos. Aquí se ubica la discusión de la interdisciplinariedad (confluencia de las disciplinas sobre un objeto de estudio) versus la transdisciplinariedad (constitución de un cuerpo metodológico en función de una teorización y un objeto científico específicos). Otro aspecto del mismo problema, pero de menor complejidad, es el papel de lo cuantitativo y lo cualitativo.

La tercera área de discusión engloba las posibles soluciones a los problemas prácticos de la investigación en el contexto concreto de su realización. O sea, actualiza las dos anteriores áreas de discusión pero a la luz de las condiciones específicas de cada estudio concreto; condiciones que en el caso de la salud obrera se sintetizan en cuál es el acceso a y la relación con los trabajadores, cuál con las instituciones y las empresas y cuáles son los recursos humanos, de tiempo, técnicos y monetarios disponibles. Lo extenso de las preocupaciones metodológicas es un signo de maduración del campo de salud-trabajo, ya que es en los procesos de investigación donde se mide la capacidad de plantear y resolver problemas de la generación del conocimiento; es la prueba de fuego de la proposición teórica de dar cuenta de la realidad para transformarla.

Un número creciente de los estudios sobre salud de los trabajadores son el resultado de proyectos conjuntos entre grupos de profesionistas y sindicales. En éstos se plantean de

entrada un vínculo directo entre la investigación y las acciones transformadoras. Es decir, ofrecen la oportunidad de ir construyendo una nueva práctica. La manera como ésta se va conformando depende del contexto político de cada país concreto. Así, en algunos países latinoamericanos es una práctica esencialmente sindical mientras que en otros juegan un papel importante tanto los sindicatos como las instituciones educativas, sanitarias y del trabajo.

El vínculo directo de la investigación con la práctica ha mostrado la necesidad de generar conocimiento tanto en la perspectiva de la construcción de un nuevo modo de abordar conceptual y prácticamente la salud como para fundamentar las luchas inmediatas de los trabajadores que se dan parcialmente en un marco científico, legal e institucional impuesto. Esto a su vez actualiza de modo urgente los problemas metodológicos y la competencia técnica. Sólo un movimiento obrero a punto de hegemonizar la sociedad puede llevar un nuevo marco científico a la práctica institucional y legal y a la negociación reivindicativa. Mientras que ésto no ocurra, como es el caso de la absoluta mayoría de las sociedades latinoamericanas, sólo se puede transitar tendencialmente hacia una nueva práctica ampliando el marco institucional y legal en la resolución de los problemas reivindicativos inmediatos.

Los Enfoques Teóricos

Después de la fase inicial de la Medicina Social, marcada por su énfasis en la denuncia, se hizo patente la necesidad de avanzar en un proceso de teorización para sustentar sus postulados. Durante los últimos años de los setenta y primeros de los ochenta éste fue el centro de la actividad de sus distintos grupos. El trabajo y el debate que suscitó, culminó temporalmente en una serie de formulaciones teóricas suficientemente sólidas como para permitir la apertura de nuevos caminos de investigación. Además, esto explica que las cuestiones que hoy requieren de soluciones urgentes son las metodológicas más que las teóricas. Por ello dedicaré en este ensayo un espacio mayor a la discusión metodológica y al conocimiento generado que a los planteamientos teóricos. Asimismo me ubicaré dentro del debate de la medicina social más que en la polémica de ésta con otras corrientes teóricas.

Un primer terreno de discusión teórica de la medicina social respecto a la relación trabajo-salud se refiere a los conceptos analíticos centrales. Aquí se inscribe la polémica, ya clásica, respecto a dos de ellos, a saber, "proceso de trabajo" (1) y "reproducción social" (2). La discrepancia manifiesta tiene dos planos: uno que se refiere a cuál de los dos es el concepto más general y otro que se refiere a cuál tiene mayor poder explicativo respecto al proceso salud-enfermedad de los distintos grupos sociales. Revisando la primera cuestión en la perspectiva de los conceptos marxistas generales resulta que no hay tal contraposición, dado que, a este nivel de abstracción, el propio Marx los usa indistintamente para significar el proceso de apropiación por parte del hombre de la naturaleza sobre la cual se da la (re)producción de la sociedad (3).

El esclarecimiento de la segunda cuestión requiere de algunas precisiones para poder ser resuelta. De esta manera si por "reproducción social" se entiende la unidad contradictoria entre producción y consumo obviamente contiene al concepto "momento de la producción" -que en la sociedad capitalista es el proceso de producción- y, en cuanto pretende dar cuenta tanto de este momento como del momento del consumo, tiene un valor explicativo mayor respecto al proceso de salud-enfermedad. Por lo dicho anteriormente respecto a la equivalencia entre los conceptos "reproducción social" y "proceso de trabajo", sin embargo, se puede adelantar un argumento equivalente respecto a éste último concepto; tan es así que el resultado es muy semejante cuando ambos conceptos se desdoblan en un esquema general (4).

Sin embargo, el debate ha sido esclarecedor por varias razones. Una primera es que ha obligado a explicitar que en la sociedad capitalista la producción (de valor) organiza a todas las demás actividades sociales y, por tanto, también al consumo. Esto implica que el punto de partida analítico necesario es el ámbito de la producción. Cabe señalar aquí que este hecho ha llevado a algunos investigadores a plantear como concepto analítico privilegiado respecto al proceso salud-enfermedad al "proceso de acumulación" (5) pero sin especificar cual es la relación específica entre ambos conceptos. Así quedan sólo con una articulación externa. Una segunda razón es que la orientación distinta de los procesos de investigación ha quedado de manifiesto. En el caso de "reproducción social" las investigaciones tienden a encaminarse al análisis de las características diferenciales del proceso salud-enfermedad de las clases sociales (6), mientras que en el caso de "proceso de trabajo" tienden a ir por el lado del análisis del proceso de producción como uno de los determinante del proceso salud-enfermedad (7) La tercera razón es que se ha podido apreciar es que varios estudiosos (8) tratan la "reproducción social" como equivalente a momento de consumo y excluyen, por tanto, el análisis del proceso de producción.

El acercamiento de Possas (9) al estudio de la salud de los trabajadores en Brasil combina de manera original los concep-

tos de trabajo y consumo. Así propone que, en países de desarrollo capitalista tardío el criterio principal para distinguir patrones distintos de morbi-mortalidad sería la subordinación o no a las formas capitalistas de producción. Su planteamiento es, esquematizando, que los patrones de salud-enfermedad de la parte de la población que funciona como fuerza de trabajo al capital están principalmente determinados por el desgaste sufrido en el proceso de trabajo, mientras que los de la sobrepoblación relativa están determinados principalmente por sus precarias condiciones de consumo. Es una propuesta teórica, pues, que busca en la "lógica del capital" la explicación de la salud de los trabajadores y no-trabajadores, mientras que éstos como sujetos políticos encuentran poca cabida. La dificultad de esta propuesta es que las categorías, que lógicamente "enlazan" el planteamiento general con la salud-enfermedad, en este caso "proceso de trabajo" y "condiciones de vida", no están desarrolladas por la autora.

Para el tema que nos ocupa, o sea trabajo-salud, la importancia del debate referido se puede sintetizar en que existe hoy un reconocimiento generalizado de que la comprensión de la salud de los trabajadores no se agota en el análisis del proceso de producción sino que necesita ser complementada con el análisis del consumo, cuya problemática teórica empero no ha sido satisfactoriamente trabajada. De esta manera, el esfuerzo se ha centrado en construir teóricamente la relación entre el proceso productivo y la salud. Encontramos dos caminos principales: uno que parte de "trabajo" desdoblándolo en "trabajo abstracto-trabajo concreto" y otro que parte del "proceso de producción" desdoblándolo en "proceso de valorización-proceso laboral".

García (10) plantea el primer camino en un ensayo, que es a la vez analítico histórico y teórico propositivo respecto a cómo construir la relación trabajo-salud. Parte de plantear como concepto analítico central "trabajo" que desdobla en "trabajo abstracto" (creador de valor) y "trabajo concreto" (creador de valores de uso). Este desdoblamiento permite analizar el gasto energético -aspecto cuantitativo- en función del primero y el uso específico del cuerpo -aspecto cualitativo-

en función del segundo. Argumenta que la forma concreta que asumen estas dos vertientes está determinada por la articulación entre el cuerpo productivo y el cuerpo biológico* ¹

Así, el cuerpo productivo en la manufactura está integrado por trabajadores "parciales" cuyo uso del cuerpo (trabajo concreto) origina una específica atrofia-hipertrofia de sus potencialidades que se expresa como "enfermedades del oficio". En la gran industria el centro del cuerpo productivo es la máquina con el cuerpo biológico como órgano accesorio. El trabajo concreto pierde su especificidad y tiende a convertirse en trabajo abstracto (equivalentes de energía) y aparecen las "enfermedades industriales" ligadas a la fatiga psíquica y social. García complementa su análisis con las estrategias de ahorro del capital constante, que permitirían explicar las enfermedades surgidas de la insalubridad y inseguridad en los centros de trabajo.

Una preocupación central de García es resolver la paradoja de que el trabajo -la esencia del hombre y la actividad a través de la cual se da su crecimiento biológico y psíquico- se convierte en una actividad destructora bajo el capitalismo. Para aclarar este problema define a la salud como el máximo desarrollo de las potencialidades del hombre de acuerdo al grado de avance de la sociedad en un período histórico dado. La respuesta a su interrogante es entonces que, en cuanto la organización y división del trabajo capitalista coarta la posibilidad del trabajador de desplegar sus potencialidades, la sociedad capitalista se convierte en productora de enfermedad.

Varios otros autores han tocado este mismo problema introduciendo el concepto de enajenación. De esta manera Betancourt (12) plantea el trabajo bajo el capitalismo como externo, ajeno, al obrero. Ganado (13) hace un razonamiento

1 Samaja (11) ha hecho un acercamiento semejante en su análisis, basado en los Grundrisse de Marx, de la articulación entre el cuerpo orgánico y el cuerpo inorgánico, en las dos grandes etapas históricas del capitalismo: la manufactura y la gran industria.

semejante y sostiene que la lucha por la salud puede ser un campo de desenajenación a condición de que sea un proceso en el cual los trabajadores asuman un papel protagónico generando y apropiándose del conocimiento. Sin embargo, la introducción del concepto "enajenación" -que de por sí es un concepto de difícil manejo por sus distintas interpretaciones- en la discusión médico-social ha generado confusiones, cuando en algunos trabajos (14) se plantea "enajenación" como equivalente a "enfermedad" sin mayores precisiones. Los avances de Gómez y los integrantes del Programa de Estudios Epidemiológicos y Sociales de la Universidad Federal de Bahía (15) apuntan a la solución del problema al trabajar este concepto específicamente en el análisis de los trastornos psíquicos.

La mayor parte de los estudios sobre trabajo-salud se sustentan teóricamente en el concepto "proceso de trabajo" que en la sociedad capitalista se plantea como el "proceso de producción" (16). Este concepto desdoblado permite estudiar sobre una realidad concreta la lógica de acumulación (proceso de valorización) y su medio- el proceso laboral- como un modo específico de trabajar-desgastarse y como enfrentamiento de clase, que a su vez determinan un patrón particular de reproducción. Este al combinarse con el desgaste se constituye en un proceso de salud-enfermedad específico.

En un primer momento se pretendió interpretar los patrones de desgaste a partir de las formas del plusvalor (17), o sea, directamente en función del proceso de valorización. Sin embargo, así planteado quedaba un vacío conceptual, ya que se iba del trabajo abstracto a las formas de desgaste sin pasar por el trabajo concreto. La solución a este problema fue postular que el desgaste ocurre en el proceso laboral, pero añadiendo que el análisis de los elementos de éste es posible sólo a la luz del proceso de valorización. Así, la conversión de un objeto en objeto de trabajo no es azarosa sino que obedece a la posibilidad de transformarlo en un producto vendible en el mercado con ganancia. De la misma manera, los instrumentos de trabajo no son el simple resultado del desarrollo científico-tecnológico sino, también, la materialización de determinadas relaciones de clase (18). El consumo de la fuerza de trabajo al realizarse

el trabajo, finalmente, sintetiza las características del objeto, de los instrumentos y de una determinada correlación de fuerza entre el capital y el trabajo.

En la teorización de la medicina social de la relación trabajo-salud no sólo se ha problematizado el trabajo sino también la salud; cuestión central para esta corriente de pensamiento en cuanto postula el carácter social del proceso salud-enfermedad. A fin de poder profundizar en este planteamiento se sustituye el concepto de "proceso salud-enfermedad" por el de "nexo bio-psíquico" como la expresión en la corporeidad humana del proceso histórico. Al identificar la historicidad de los procesos biológicos y psíquicos humanos, plantea una ruptura a profundidad con el pensamiento médico dominante cuyo postulado fundamental es el carácter natural y ahistórico de estos procesos.

Para comprender cómo se constituye el nexo bio-psíquico es preciso recuperar el concepto de "estereotipos de adaptación" o, con la expresión de Tambellini, los "modos de andar por la vida" (19). La noción de adaptación aquí utilizada es la de capacidad del cuerpo de responder con plasticidad ante sus condiciones de desarrollo (20), lo que conlleva cambios específicos en los procesos corporales. Los "estereotipos de adaptación" caracterizan a los grupos sociales, ya que las condiciones ante y a través de las cuales surgen son sociales; emergen del modo específico como los hombres se apropian de la naturaleza por medio de una determinada organización social.

A fin de completar esta construcción teórica de la relación trabajo-salud era necesario introducir el concepto de carga laboral y definir con más precisión el concepto de desgaste. El concepto de carga laboral busca resaltar en el análisis del proceso laboral a los elementos de éste que interactúan dinámicamente entre sí y con el cuerpo del trabajador generando aquellos procesos que se traducen en desgaste. Es decir, el concepto de carga posibilita un análisis del proceso laboral que extrae y sintetiza los elementos que determinan importante-mente el nexo bio-psíquico de una colectividad obrera y que le confiere un modo histórico específico de "andar por la vida".

El concepto de desgaste complementa el de carga en cuanto consigna las transformaciones negativas, originadas por la interacción dinámica de las cargas, en los procesos bio-psíquicos humanos. El desgaste se define, entonces, como la pérdida de la capacidad, potencial y/o efectiva, corporal y psíquica. O sea, no se refiere a algún proceso particular aislado sino al conjunto de los procesos bio-psíquicos. Resulta importante referirlo tanto a la capacidad efectiva como potencial, ya que en cuanto estos procesos no son estáticos sino cambiantes no tiene sentido fijar una condición ideal óptima y definir el desgaste como la desviación de ésta. Tan es desgaste, pues, la destrucción lenta o abrupta de órganos, como la imposibilidad de desarrollar una potencialidad psíquica o biológica. Finalmente habría que añadir que el desgaste no sólo se refiere a procesos irreversibles, ya que frecuentemente se pueden recuperar capacidades perdidas o desarrollar potencialidades latentes.

Finalmente es necesario resaltar que los conceptos proceso de producción-cargas laborales-desgaste incluyen una dimensión política, que tendía a ser opacada en otros planteamientos teóricos. Es decir, en cuanto estos procesos no se dan en un ámbito neutro o de acuerdo a la lógica pura del capital sino que se desenvuelven en el campo conflictivo entre capital y trabajo resulta indispensable tener presente esta vertiente en cualquier análisis sobre la salud de los trabajadores.

Esta conceptualización sobre trabajo-salud no debe considerarse como terminada ya que contiene elementos discutibles o, incluso, hipotéticos. De esta manera, los conceptos especialmente controvertidos son los de nexo bio-psíquico y carga laboral. Respecto al primero Tambellini (21) argumenta, por una parte, que es necesario dar cuenta con mayor profundidad de su dimensión histórica en función del desarrollo social para poder explorar la producción tanto de la salud como del desgaste. Vuelve pues al problema del movimiento contradictorio del capitalismo como productor y destructor de la salud. Por otra parte, considera cuestionable la noción, subyacente al concepto de nexo bio-psíquico, de la subsunción de lo biológico en lo social, ya que en cuanto son de naturaleza distinta

resulta problemático pensar lo biológico como subordinado e incluido por lo social.

Otro aspecto insuficientemente desarrollado del nexo bio-psíquico es lo psíquico. Empieza a darse una reflexión sobre este problema en el debate sobre salud y trabajo (22). Destacan en este campo las aportaciones de Gómez y de Almeida Filho. De esta manera, Gómez ha trabajado el concepto de enajenación en su relación con los trastornos psíquicos señalando que permite captar los efectos de la doble expropiación del capital de la afectividad y cognitividad obrera. Asimismo Filho y su equipo han adelantado una propuesta teórico-metodológica con elementos del marxismo y del psico-análisis planteando que el proceso salud- enfermedad mental debe pensarse en las tres dimensiones de formación de la estructura psíquica, desvío-síntoma y rotulación. En su concepción desempeña también un papel central el concepto de enajenación en el proceso de producción. Respecto al concepto de "carga laboral", finalmente, algunos investigadores (23) han propuesto sustituirlo por el de "exigencias laborales" para distinguirlo claramente del concepto de "riesgo" y de "cargas" del método LEST.

El proceso de teorización de la medicina social apenas está en su inicio, ya que se ha planteado la construcción de un nuevo paradigma científico y lleva escasos veinte años de vida. Sin embargo, ha avanzado suficientemente como para poder poner a prueba la capacidad explicativa de sus postulados teóricos y de esta manera enriquecerlos y superarlos, no como un ejercicio teórico formal sino en el proceso de generación de conocimiento sobre la realidad. Por ello los problemas metodológicos han pasado a ocupar un lugar destacado de atención.

La Construcción del Proceso de Investigación

En la Medicina Social latinoamericana se observa como tendencia general una postura epistemológica que resalta la importancia de la teorización de un área en la construcción del proceso de investigación. Es decir, parece haber cierto consenso de que la teoría debe desempeñar un papel preponderante para determinar qué estudiar y por qué. Sin embargo, esta postura no resuelve automáticamente el cómo investigar, ya que a este problema se pueden dar varias soluciones distintas.

Una se resume en la posición que propone una reformulación completa argumentando que una nueva teorización, como la médico-social, impone la construcción de una metodología propia con técnicas libres de la teoría ajena que las generó (24). Esta proposición plantea dos dificultades serias en el campo que nos ocupa; por un lado, su práctica investigativa tiende hacia el formalismo metodológico y, por el otro, no soluciona cómo incorporar el conocimiento existente generado bajo otras concepciones teóricas.

Otra posición, que es la prevaleciente, intenta la construcción del proceso investigativo bajo un planteamiento metodológico -en cierta medida pragmático- que permite rescatar y rearticular técnicas de investigación ya existentes al tiempo que genera nuevas bajo un marco interpretativo global surgido de la nueva teorización. Es decir, para esta posición la teoría resulta mucho más relevante para determinar el qué conocer que para el cómo conocerlo. Este procedimiento tiene una serie de ventajas, ya que no renuncia a priori ni al conocimien-

to existente ni a las técnicas de investigación que generó. De esta manera puede incorporar instrumentos de investigación adecuados para dar luz sobre aspectos particulares del objeto siempre y cuando se mantenga una vigilancia epistemológica respecto a las posibles distorsiones que éstos pueden introducir en la comprensión de la realidad.

Habría que subrayar, sin embargo, que no se trata -como ocurre con cierta frecuencia- de "llenar" el marco teórico con hechos "empíricos" sino justamente de confrontarlos entre sí y analizar la capacidad explicativa de la formulación teórica. Esto significa, por una parte, analizar si la información considerada relevante a partir de la formulación teórica efectivamente permite una reconstrucción significativa (separa lo circunstancial de lo esencial) de las relaciones que se quieren conocer y, por la otra, si las relaciones de determinación que propone se cumplen. Planteada de esta manera la construcción de la investigación, se hace ineludible revisar la relación entre las disciplinas potencialmente involucradas en este campo, ya que son muchas y con bases epistemológicas diversas, como pueden ser, por sólo mencionar algunas, el materialismo histórico, la medicina biológica, la estadística, la ingeniería, la ergonomía, la química, etcétera. Encontramos en las investigaciones varias maneras de acercarse a esta cuestión, esté o no explícitamente problematizada.

Sobre la Cuestión de las Disciplinas

La forma menos elaborada simplemente las yuxtapone. Es decir, toma los instrumentos de investigación de las distintas disciplinas sin una reflexión sobre la ubicación de cada uno y sobre la relación entre ellos en la exploración del objeto específico. El resultado de este procedimiento, las más de las veces, es un conocimiento sobre aspectos aislados y parciales del objeto que difícilmente pueden articularse en un cuerpo coherente. Generalmente está detrás de esta dificultad una deficiente teorización o una dominación disciplinaria no-cuestionada. De esta manera es frecuente encontrar este tipo de problemas en estudios con un marcado origen disciplinario en

las ciencias sociales o en la medicina ocupacional. En el primer caso (25) el estudio del "trabajo" en general está bien logrado metodológicamente mientras que el estudio de la "salud" resulta accesorio. En las investigaciones de marcado origen médico-ocupacional (26) ocurre lo inverso: logran precisión en los problemas específicos de riesgos y su impacto en la salud mientras que lo social aparece sólo en relación al marco contextual.

Una segunda forma de abordar la cuestión es hacer converger las disciplinas sobre el objeto de estudio. Un ejemplo de este abordaje es el proyecto de investigación brasileño, Salud y Trabajo Industrial (27). Así, plantea la interdisciplinariedad a partir de la selección de objetos de estudio concretos que se ubican en la intersección entre las distintas disciplinas. Uno de ellos es el "proceso de fatiga" que para su exploración actualiza conocimientos de la sociología para el análisis de la división técnica y social del trabajo; los de la fisiología respecto a los ritmos biológicos y su desincronización; los de la ergonomía para alcanzar una comprensión lógico-matemática de la conformación de la base tecnológica; y los de algunas especialidades clínicas como la psiquiatría y la psico-somática para analizar las expresiones patológicas de la fatiga.

Con este acercamiento la coherencia entre los distintos sub-estudios está prefigurada en el objeto común seleccionado, pero cabe la posibilidad de que ésta se pierda si las preguntas específicas formuladas en cada uno de ellos no obedecen a una concepción teórica sobre la naturaleza del objeto comparada por los distintos investigadores. El grupo de investigación del Programa de Economía del Trabajo (PET) de Chile (28), que plantea la interdisciplina de una manera semejante al grupo brasileño, ha señalado explícitamente este problema. De esta manera la ve como la posibilidad de iluminar distintos aspectos del objeto empírico siempre y cuando esté definido a partir de la construcción teórica de sus relaciones.

El estudio coordinado por Tambellini (29), reviste especial interés en esta discusión metodológica por la originalidad de su proceso investigativo. Está articulado alrededor de un

objeto real: una fábrica, los obreros y el territorio circundante. Es a través de la penetración de este objeto real que se pretende construir el objeto científico, precisar consideraciones teóricas de orden general y lograr un desarrollo metodológico y técnico. Está planteado, pues, como un experimento teórico-metodológico-técnico basado en el encuentro de distintos cuerpos de conocimiento y su instrumental científico sobre un objeto real único. En este caso el ensayo interdisciplinario no está establecido a priori sino que obedece a las exigencias surgidas del carácter del objeto.

Una primera dimensión, explorada por el historiador, es el proceso de constitución del objeto como expresión singular de la acumulación capitalista, de la formación de la burguesía y del proletariado y de sus distintas prácticas. Una segunda dimensión abarca las distintas lecturas del proceso de trabajo propias de los obreros, del sociólogo y del ingeniero. Al observar los mismos hechos descubren aspectos distintos que llevan a diversas interpretaciones de la fábrica. Una tercera dimensión son las lecturas de la salud y la enfermedad. El epidemiólogo provee su descripción de los hechos sanitarios relevantes; el médico hace la exploración clínica; los obreros, junto con el antropólogo, hablan de sus molestias y enfermedades, ofreciendo su experiencia para una nueva mirada de la problemática. La prueba de fuego de esta investigación es la fase final de integración de estas dimensiones, porque en ella se podrá apreciar cómo se configura y articula el cuerpo metodológico sintetizador de sus partes integrantes. La solución de este problema todavía está por concluirse, pero se prefigura como una transdisciplina integradora y superadora.

Una forma distinta de acercarse al problema de la relación entre las disciplinas, parte del desdoblamiento de las categorías analíticas del planteamiento teórico respecto a la relación trabajo-salud lo que permite precisar qué aspectos particulares de esta relación interesa conocer (30). En función de este análisis se propone qué técnicas de investigación posibilitan el abordaje de cada uno de ellos en función de las condiciones concretas de los estudios particulares señalando de entrada cuales son las limitaciones y alcances de cada una de ellas.

Representa pues un cuerpo teórico-metodológico estructurado. No hay una diferencia de fondo con los dos acercamientos anteriores ya que también en estas proposiciones la naturaleza del objeto y la formulación teórica determinan qué instrumentos de generación de información elegir. Tienen la ventaja de garantizar la coherencia entre lo teórico y lo instrumental y que hay una reflexión epistemológica sistematizada. De esta manera se corre un riesgo menor al de que el acceso a determinados especialistas o técnicas se imponga como un criterio central en el diseño de la investigación forzando su lógica teórica. Asimismo, al estar pensado el problema de los instrumentos de investigación directamente en función de la formulación teórica se resuelve cual es el marco que articula la interpretación de los resultados particulares. Sin embargo, es importante subrayar que estas proposiciones son preliminares y deben ser probadas críticamente en la investigación concreta.

Sobre el Sujeto y Objeto de la Investigación

Otra problemática metodológica, que ha adquirido gran importancia en el campo que nos ocupa, se refiere a la relación entre el sujeto y el objeto en el proceso de investigación. Es decir, en cuanto la medicina social se plantea generar conocimiento desde el horizonte de visibilidad de las clases dominadas -particularmente de la clase obrera- para substanciar una nueva práctica, no puede eludir la cuestión de cómo se insertan ellas en el proceso. Este problema se ha actualizado todavía más en la medida en que muchos estudios son conjuntos entre profesionistas y organizaciones obreras o incluso se realizan a petición de éstas. La posición más radical al respecto es la que subyace al llamado Modelo Obrero italiano (31), que ha tenido una influencia grande en América Latina. Así en él se sostiene que -por el lugar que ocupan los obreros en el sistema de producción- sólo su experiencia sistematizada y consensualmente validada puede lograr una comprensión verdadera del mundo del trabajo. Como se ha señalado (32) esta concepción, con una visible influencia fenomenológica, tiene rasgos importantes de un empirismo "obrerista" en cuanto no plantea una diferenciación entre teoría y práctica; para ella hacer es inme-

diatamente conocer. Aun con las reservas respecto a la posición epistemológica del Modelo Obrero resulta muy importante haber ubicado a la experiencia obrera como una fuente de conocimiento central en el campo salud-trabajo y haber propuesto una forma estructurada de movilizarla en el proceso de generación de conocimiento. De esta manera supera otros planteamientos que más bien utilizan las observaciones obreras sobre su centro de trabajo, recogidas en la discusión colectiva no-estructurada o en la encuesta individual, como punto de partida de los estudios (33).

Una de las modificaciones que se ha introducido en el Modelo Obrero en el ámbito latinoamericano (34) está justamente encaminada a resolver su sesgo empirista estructurando la encuesta colectiva en función de la teorización sobre las relaciones entre el proceso de producción y el nexo bio-psíquico. De esta manera se intenta dar un marco distinto a las "preguntas-temas de reflexión" que conducen la discusión de los grupos obreros homogéneos sin eliminar lo específicamente "otro" de la mirada obrera sobre el centro de trabajo. Otra modificación de distinto orden es la introducción de un quinto "grupo de riesgo" referido a las condiciones causantes de accidentes (35).

La gran difusión de la metodología del Modelo Obrero en Latinoamérica (36) ha suscitado una discusión intensa sobre las condiciones necesarias para su utilización y sobre si puede ser usada como una simple técnica de investigación cuando éstas no se cumplen; sobre este método como arma de lucha, impulsora de la organización y medio para eliminar la delegación de la lucha por la salud; sobre las limitaciones de la experiencia obrera para detectar cierto tipo de problemas, etc. (37). Una cuestión particularmente relevante se refiere a la posibilidad de usar los resultados obtenidos con este método exitosamente en los contextos institucionales como pueden ser la negociación colectiva o las gestiones ante el Seguro Social o el Ministerio del Trabajo. Las experiencias al respecto son variables por lo que se ha visto la necesidad de someter el Modelo Obrero a un proceso de validación (38), que aparte de precisar sus posibles sesgos permitirá hacer una confrontación

crítica con las técnicas tradicionales respecto al grado de complejidad de la comprensión de la realidad que se logra con los distintos acercamientos. Con los resultados de esta validación se puede además dar luz sobre cómo y con qué completar la investigación realizada con el Modelo Obrero.

Otra cuestión que no ha sido sistemáticamente abordada pero que tiene una importancia grande es cuál es la relación entre la conciencia de un problema y la decisión de actuar para eliminarlo. O sea, los estudios realizados muestran que los trabajadores frecuentemente están conscientes de que el trabajo daña su salud pero a pesar de ésto no han desarrollado ninguna acción para defenderla. Resulta, entonces, urgente desentrañar cuál es el proceso que media entre la conciencia y la acción; cuestión que necesariamente incluye el análisis político de la organización y acción obrera.

Un modo distinto de incorporar la subjetividad obrera como elemento central en la exploración de la relación trabajo-salud ha sido con técnicas antropológicas como la historia de vida y los testimonios (39). Tienen la ventaja de generar un conocimiento cualitativo mucho más profundo que, por ejemplo, cualquier encuesta individual al tiempo que permiten acceder directamente a la vivencia y la representación obrera de su trabajo y su salud. Sin embargo, son, con todo, una visión individualizada de la problemática que es justo lo que el Modelo Obrero intenta superar trabajando con los grupos obreros homogéneos y la validación consensual para que la visión lograda sintetice la experiencia colectiva acumulada.

Sobre los Ambitos y Niveles de la Investigación

En la construcción concreta de los procesos investigativos la elección del ámbito y el nivel del estudio implica opciones metodológicas distintas, cuyos alcances y limitaciones es conveniente revisar sintéticamente. La primera decisión es si partir del mundo laboral (de los centros de trabajo) o del territorio

(de los lugares habitacionales). Ambos tienen problemas, ya que al partir del primero se corre el riesgo de estudiar una población seleccionada justamente por la condición de salud, o sea, han sido expulsados ya los enfermos y los inválidos -fenómeno que la epidemiología registra como "efecto del obrero sano". Partir del territorio, por otra parte, dificulta una reconstrucción significativa del proceso de trabajo a menos de que se trate de una zona habitacional segregada en función de un lugar de trabajo específico, como ocurre cuando la vivienda es una prestación laboral proporcionada por la empresa. Si se opta por partir del mundo laboral los estudios se pueden hacer a cuatro distintos niveles, a saber, el global-nacional, de la rama o sector, el centro de trabajo y del puesto de trabajo.

En cuanto los estudios nacionales (40) se basan esencialmente en la investigación documental y utilizan datos de fuentes secundarias tienen limitaciones para abordar cierto tipo de problemática. Así, pueden generar conocimiento respecto a las características generales de cada uno de los tipos de proceso laboral, pero no respecto a las características particulares. Al apoyarse frecuentemente en el conocimiento generado en otros contextos históricos se corre el riesgo de subestimar un elemento central respecto a nuestro tema, que es la relación concreta de fuerza entre capital y trabajo. Esto puede ser una limitación muy importante, ya que todo proceso laboral es un campo de enfrentamiento de intereses contradictorios por lo que algunos de sus elementos se van moldeando en función de como éste se resuelve en cada momento. Esto implica que puede haber diferencias considerables entre una realidad concreta y otra.

Las características del proceso investigativo en estos estudios, también, dificultan en muchas ocasiones la verificación empírica directa. Ocurre así porque se puede constatar la presencia de una serie de elementos que indican la dinámica y existencia de ciertos procesos, pero resulta muchas veces imposible tener el tipo de información necesaria para comprobar positivamente tal o cual relación. Por ejemplo, se puede mostrar sin lugar a dudas que una parte importante de la clase obrera mexicana labora en procesos laborales caracterizados

por la "subcarga cualitativa-sobrecarga cuantitativa" psíquica. Se puede asimismo constatar que la patología relacionada con este tipo de cargas está incrementando en la población. Se infiere que no son hechos desligados sino estrechamente relacionados. Sin embargo, no hay modo de demostrar directamente a partir de las fuentes de datos existentes que los obreros insertos en este tipo de procesos laborales son los que se mueren por las causas mencionadas. Para algunos la prueba directa no resulta indispensable, pero los que quieren negar la relación la exigirán.

Un tercer problema de los estudios globales es que revelan muy poco sobre las articulaciones internas de los procesos laborales y sobre la inserción específica de los obreros en ellos. De nuevo existe la posibilidad de hacer caracterizaciones generales que antes no existían, pero se pierde sin duda un conocimiento más preciso respecto a la realidad concreta. Una vez conocido lo general se impone, pues, explorar las particularidades, ya que pueden tener un significado muy importante. De nuevo hay sobre todo una pérdida de la comprensión del impacto en la microconformación del proceso laboral y en el desgaste de las relaciones concretas entre capital y trabajo en la fábrica.

Una última limitación de los estudios globales es que sólo pueden proporcionar elementos generales para una nueva práctica. Es decir, es importante tener como punto de partida un marco interpretativo claro y conocimientos referidos al conjunto de la industria para imprimir una determinanda dirección a la lucha por la defensa de la salud. Sin embargo, para ir forjando una práctica obrera al respecto se necesitan elementos concretos de lucha específica. Asimismo, en cuanto esta práctica está planteada como una práctica de clase tiene que abordarse, también, la cuestión de quién genera y detenta el conocimiento.

Los estudios de rama o sector productivo permiten resolver algunos de los problemas de los estudios nacionales pero tienen sus propias limitaciones. El grupo del PET de Chile (41) ha dado un énfasis particular a este tipo de estudios argumen-

tando que permiten un avance teórico-metodológico en el desarrollo de la operacionalización de la categoría proceso de trabajo y en la precisión de las relaciones de éste con otros procesos socio-económicos para dar cuenta de la heterogeneidad y diversidad interna de una rama. Asimismo los presenta como un campo de estudio privilegiado para impulsar la acción sindical a nivel de las federaciones sindicales de rama industrial.

Estos estudios comparten con los nacionales que tienen que basarse parcialmente en fuentes de datos secundarios con las limitaciones que esto conlleva. Sin embargo, al tratarse de un universo de estudio más restringido y mejor delimitado existe la posibilidad de acceder a datos de salud referidos a poblaciones bien definidas, por ejemplo respecto a accidentes, morbilidad e, incluso, mortalidad en los registros institucionales o sindicales. Es pues posible lograr la comprobación positiva de determinadas relaciones. Asimismo, se puede hacer uso de técnicas de investigación como la entrevista a profundidad para generar información cualitativa sobre aspectos relevantes. Sin embargo, para profundizar en el estudio de la rama frecuentemente resulta necesario recurrir a los estudios de centros de trabajo "típicos", sean industriales (42) o agrícolas (43).

Ante las limitaciones de los estudios nacionales y por rama se plantea, así, la necesidad de realizar estudios de centros de trabajo concretos orientados de tal modo que puedan servir como ejemplos de tipos de procesos de producción, como campo de desarrollo teórico-metodológico-técnico y para abrir el terreno de lucha para forjar una nueva práctica. Una de las ventajas de los estudios de caso es que permiten una mayor flexibilidad en el diseño de la investigación. De esta manera se puede generar la información necesaria directamente y, además, usar fuentes secundarias. Sin embargo, este mismo hecho abre la problemática metodológica, ya que la mayor flexibilidad exige mayor precisión respecto a qué elementos estudiar y con qué instrumentos investigativos.

Los estudios de caso se han convertido, así, en un campo

importante de desarrollo metodológico-técnico y, además, han permitido profundizar los planteamientos teóricos. Los problemas por enfrentar, sin embargo, no son de fácil solución, ya que las dificultades de la interdisciplina están particularmente candentes en este tipo de estudios. Se corre, pues, el peligro de un proceso investigativo que únicamente yuxtapone el instrumental científico de las distintas disciplinas sin lograr una nueva articulación entre ellas en función de las características específicas del objeto de conocimiento. Las soluciones mejor logradas son las que han vertebrado el proceso de investigación a partir de los planteamientos teóricos fundamentales respecto a la naturaleza histórica y social de la salud-enfermedad colectiva y al carácter del proceso de producción siguiendo la concepción marxista. Dentro de este marco se han introducido con cierto pragmatismo técnicas de generación de información que corresponden a los aspectos particulares que se quieren conocer.

Las opciones metodológicas utilizadas en cada uno de estos estudios dependen en gran medida de las condiciones bajo las cuales se realizan. El diseño está, de esta manera, determinado por el acceso que se tiene a los trabajadores, a la empresa y a las instituciones del trabajo y de la salud y, desde luego, por los recursos con los cuales se cuenta. De esta manera en los estudios de caso se han ensayado un gran número de instrumentos de generación de información, tan variados como el análisis histórico documental de la constitución de los procesos de producción (44); las distintas proposiciones estructuradas (45) de análisis del proceso laboral con instrumentos de las ciencias sociales, de la ingeniería, de la ergonomía, de la toxicología, etcétera (46); las técnicas antropológicas como historia de vida y testimonio (47); las técnicas fisiológicas de medición de estrés, función pulmonar, tensión arterial, etcétera (48); las técnicas toxicológicas de monitoreo biológico (49); las técnicas epidemiológicas como la encuesta individual de morbilidad (50) y la revisión de expedientes clínicos (51) y muchas más. Todavía quedan cuestiones importantes por resolver, pero se puede afirmar que las experiencias de los últimos años han permitido estructurar un arsenal metodológico-técnico amplio, que permite resolver por lo menos los

problemas más comunes del estudio de un centro de trabajo.

Aunque el estudio del puesto de trabajo casi siempre se da dentro de las investigaciones sobre los centros de trabajo requiere de cierta atención, ya que actualiza la utilización del método LEST (52). Este método francés ha sido utilizado principalmente por algunos investigadores integrantes del grupo de trabajo "Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo" de CLACSO, que instrumentalizaron su traducción y difusión en América Latina (53). Como es conocido el LEST es una propuesta integral para el estudio de cinco dimensiones (el ambiente físico, las cargas física y mental, el aspecto psico-sociológico, el tiempo de trabajo) del puesto de trabajo. Consiste en dar un puntaje a cada una de estas dimensiones en base a escalas con criterios preestablecidos y redundante en la elaboración de un histograma. Es una propuesta pragmáticamente multidisciplinaria en cuanto incorpora técnicas de medición y recolección de información de un gran número de disciplinas en la construcción de sus escalas sin problematizar las implicaciones metodológicas de este proceder. Ofrece, sin embargo, la ventaja de un instrumento estandarizado de fácil manejo utilizable para analizar aquellos puestos de trabajo que tienen un ciclo regular.

Los propios promotores del LEST han señalado algunas de sus desventajas (54). Entre las más importantes está que no incluye a todos los elementos relevantes del puesto de trabajo; que cuantifica de acuerdo a una misma escala elementos de distinta naturaleza; que tiene como referencia a normas estáticas a pesar de la constante evolución de los procesos productivos; que no está diseñado para captar condiciones conducentes a accidentes y enfermedades profesionales; que es un instrumento cerrado que tiende a marginar el conocimiento obrero sobre el proceso de trabajo y la salud. Habría que añadir otras dos limitaciones importantes. Por un lado, no ofrece instrumental para medir el impacto en la salud y mucho menos problematiza esta cuestión. Por el otro, no permite captar la dinámica global del proceso laboral ya que no lo analiza más que como una suma de puestos (55). Un último tipo de investigación es el que estudia la población trabajadora en un

ámbito territorial. Estos estudios tienen la ventaja de poder usar datos de fuentes secundarias, ya que generalmente están recolectados con ese mismo criterio. La otra opción es generar datos con una encuesta individual sobre trabajo y salud. La dificultad mayor de este procedimiento es lograr una reconstrucción significativa del proceso de trabajo, tanto porque los datos referidos al trabajo individual son insuficientes para comprender sus articulaciones como porque puede haber trabajadores de un número grande de centros de trabajo. Generalmente no se puede llegar a conocer más que algunos riesgos específicos, una caracterización gruesa del tipo de proceso laboral o de la fracción de clase a la cual pertenece el trabajador.

Si el territorio está dominado por una determinada industria estas limitaciones no son tan serias, ya que se puede utilizar información complementaria para conocer los procesos de trabajo. El estudio de Cubatao de Brasil (56)-un polo industrial compacto-es un buen ejemplo de esto. Así, empezó con el levantamiento de encuestas individuales territoriales para la recolección de datos básicos para posteriormente completarlos con estudios de problemas específicos con mejores posibilidades de penetración en los centro de trabajo. Habría que advertir, sin embargo, que ante las dificultades que se tienen en la mayor parte de los países latinoamericanos para acceder a las fábricas o a grupos organizados de trabajadores los estudios territoriales pueden ser los únicos factibles de realizar. Otro estudio brasileño realizado por un equipo interdisciplinario en un "polo de desarrollo" de Minas Gerais (57) tiene un diseño semejante pero no se llega a diversificar en tantos subestudios.

Sobre la Dimensión del Tiempo

Otra vertiente de la problemática metodológica se refiere a la dimensión del tiempo en los estudios. Esta cuestión adquiere particular relevancia en la medicina social por el lugar central en su teorización de las nociones de proceso e historicidad de los fenómenos. Es decir, en prácticamente cualquier

estudio médico-social están presentes las dimensiones históricas y de transformación. A esto se añaden además los problemas tradicionales de la epidemiología ocupacional que se refieren, por ejemplo, al tiempo de exposición, al tiempo de latencia, etc.

Los estudios, donde aparece más nítidamente la problemática metodológica ligada al tiempo, son los que plantean conocer el impacto en la salud de las transformaciones económicas o políticas. En el campo específico de trabajo-salud se ha intentado aproximarse a las repercusiones en la salud colectiva de la crisis y de los procesos de industrialización a partir de las transformaciones del proceso de trabajo. Este tipo de estudios es estratégico porque ilumina problemas que son centrales en la realidad latinoamericana y que se dan bajo formas que no son análogas con las de los países centrales. Por otra parte, representa "experimentos" históricos, que ponen de relieve una sucesión de eventos de modo comprimido, que en otras circunstancias ocurren de forma lenta y difícil de estudiar. Sin embargo, los problemas metodológicos de este tipo de investigación no son de fácil solución, ya que, aun cuando en la perspectiva histórica se refieren a períodos cortos, vistos desde el ángulo de la instrumentación investigativa, significan un seguimiento durante varios años; cuestión que implica recursos financieros grandes o, alternativamente, buenas fuentes de datos secundarios, y ambos son poco comunes en nuestros países. Es además frecuentemente difícil construir situaciones comparables en los distintos momentos de los procesos de la crisis o de la industrialización, dado que la unidad de observación no puede ser siempre sólo territorial o el centro de trabajo. Asimismo, dado que la crisis es un proceso complejo conlleva transformaciones globales que dificultan aislar el impacto específico de ciertos elementos sobre la salud.

Por ello, se han ensayado varias distintas maneras de resolver metodológicamente estos problemas. La solución dada por Echeverría (58) al estudio del impacto en la salud de los trabajadores de la crisis y la adopción de un nuevo patrón de acumulación en Chile reviste en este contexto gran interés. Elige centros de trabajo que tipifican el impacto diferencial

de esta transformación en el aparato productivo y que cumplen con el requisito de tener registros de morbilidad comparables durante los diez años que abarca el estudio. La reconstrucción de los cambios en los procesos laborales y en las relaciones laborales se hace con una combinación de observación directa y entrevistas a los trabajadores y a los directivos de las empresas. De esta manera resulta factible confrontar el tipo de cambios ocurridos en este terreno con las transformaciones en los perfiles patológicos reconstruidos a partir de los datos de los registros de morbilidad.

El estudio de Facchini (59) representa otro acercamiento metodológico, ya que realiza un estudio de caso sobre el impacto de un cambio tecnológico puntual sobre la accidentabilidad. La ventaja de este diseño es que provee una reconstrucción minuciosa de los cambios ocurridos tanto en la dinámica global del proceso laboral como a nivel de los puestos de trabajo usando la encuesta colectiva con los trabajadores y documentos de la empresa. Esta información permite una explicación detallada de las modificaciones en la frecuencia de los accidentes a raíz del cambio tecnológico. A pesar de que los resultados de este estudio no se pueden generalizar indiscriminadamente, iluminan una serie de cuestiones involucradas en los procesos de cambio tecnológico muy difíciles de aprehender en estudios más panorámicos.

Un tercer ejemplo de cómo instrumentar metodológicamente la investigación sobre transformaciones en el proceso laboral en su relación con la salud es el estudio sobre el riesgo eléctrico impulsado por el Sindicato Mexicano Electricista (60). Usa como eje analítico el papel cambiante de la industria eléctrica en la acumulación para explicar los cambios en su base técnica. Para ello utiliza técnicas de investigación documental y entrevistas a trabajadores claves. Esto permite no sólo registrar los cambios en los procesos laborales sino también detectar sus determinantes; cuestión que adquiere importancia al dejar al descubierto que la implantación de la tecnología importada conlleva riesgos en México que no tenía en sus países de origen. En esta investigación se cuenta para el estudio de la salud con registros sindicales de mortalidad, por

ejemplo, que permiten el análisis de series históricas de daños.

Con rigor teórico la historicidad de los fenómenos debería ser una preocupación también en los estudios transversales. Sin embargo, no es frecuente encontrar una indagación sistemática y metodológicamente satisfactoria sobre la cuestión en este tipo de estudios sobre salud-trabajo. El aspecto tal vez más tratado se refiere al proceso de constitución de una colectividad obrera (61) pero hay muy poco sobre el aspecto de la salud. Esta ausencia redundante en una comprensión incompleta de las características específicas del desgaste de una colectividad (62). Este problema indudablemente se explica por deficiencias teóricas de muchos estudios, pero habría que reconocer que también se deriva de obstáculos metodológicos casi irresolubles.

Aunque apenas toca un aspecto de esta cuestión está el problema -presente en todos los estudios realizados en un corte de tiempo- de cómo ha sido "depurada y recompuesta" la colectividad obrera en función de determinados procesos de desgaste. Esta cuestión nunca es trivial ya que puede significar que lo que más importa estudiar está fuera del campo de visibilidad o, por el contrario, está aumentado por ser una característica deseable para el patrón. Es decir, si hay un proceso de expulsión-retención de obreros en función de algunos procesos de desgaste, este hecho necesariamente introduce un sesgo importante en los estudios. Por lo pronto habría dos maneras de investigarla. Una implica el seguimiento de una cohorte de trabajadores, sea por medio de registros existentes adecuados o con un estudio longitudinal, y la otra por medio de la estimación cualitativa a partir de la experiencia de los propios obreros (63).

Una última problemática, entrecruzada con la anterior, se refiere a los distintos "tiempos de exposición" y al "tiempo de latencia" para que aparezcan los resultados específicos del proceso de desgaste. La forma más directa de abordar esta cuestión es a partir de la comparación de los perfiles de morbilidad entre grupos de trabajadores con distinta antigüedad en la empresa (o en rigor en el puesto de trabajo). Empero este

tipo de análisis puede arrojar resultados paradójicos justamente por la expulsión de obreros a causa de determinada patología. Existe cierta posibilidad de franquear esta limitación por medio del análisis fino de la variación de la patología en función de la antigüedad y de los requerimientos específicos del proceso de trabajo (64). Sin embargo, la única solución técnicamente satisfactoria es el seguimiento de una cohorte. Otra manera de solventar metodológicamente el problema del "tiempo de latencia" de la aparición de la patología es pensar el proceso de desgaste por fases y establecer "indicadores de proceso", que no son necesariamente definidos como "patológicos" (65).

Temas, Problemas y Conocimiento Generado

La elaboración de los planteamientos teórico-metodológicos de la Medicina Social latinoamericana ha permitido realizar estudios novedosos que han producido un conocimiento rico sobre el mundo del trabajo. En cuanto estos planteamientos ponen de relieve la importancia de ciertos problemas han servido como base para formular estrategias sistematizadas de investigación; han facilitado determinar qué estudiar y por qué. De esta manera, la mayor parte de la investigación tiene un doble propósito. Por una parte, persigue elaborar la comprensión compleja sobre la relación trabajo-salud necesaria para ir forjando una nueva práctica. Por la otra, busca proporcionar los elementos indispensables para sustentar las luchas reivindicativas inmediatas pero manteniendo la perspectiva de esa nueva práctica. Esto requiere producir conocimiento a distintos niveles: desde el nacional-global hasta el puesto de trabajo, y sobre temas diversos: desde el impacto de la crisis sobre la salud obrera hasta los riesgos específicos. Significa, también, prefigurar la nueva práctica desde el momento mismo de la investigación; cuestión que se ha empezado a lograr en los trabajos conjuntos entre grupos de profesionistas y de trabajadores con el uso de metodologías participativas.

Heterogeneidad Industrial y Desgaste Diversificado:

Los estudios nacionales y sectoriales:

Dada la ausencia de una visión de conjunto sobre los problemas de salud relacionados con el trabajo, una primera tarea ha sido realizar estudios panorámicos nacionales sobre el mundo laboral y la salud de los trabajadores. Una manera de solucionar esta tarea fue partir de la relación, teóricamente fijada, entre proceso de valorización, proceso laboral y desgaste, que abre la posibilidad de establecer las formas históricas generales de los procesos laborales en función de la articulación específica entre la base técnica y la división y organización del trabajo. Así se pueden distinguir dos formas básicas; la de la subsunción formal y la de la subsunción real del trabajo al capital que en términos del proceso de valorización corresponden al plusvalor absoluto y relativo respectivamente. A partir de esta "tipología" general se puede, luego, explorar la conformación de la industria de un país específico en términos de sus procesos laborales y los patrones de desgaste en el marco dinámico del proceso de valorización y de la relación entre capital y trabajo.

Los hallazgos de un estudio mexicano (66) basado en este marco permiten sacar algunas conclusiones generales con cierta validez para otros países latinoamericanos. De esta manera una de las características sobresalientes de la industria mexicana es su gran heterogeneidad tecnológica, que además se da en todas las ramas industriales. Es decir, todos los tipos de procesos laborales están presentes simultáneamente en la industria y en cada una de las ramas tiende a haber más de un tipo. En términos cuantitativos se observó, de esta manera, que el 12% de los obreros labora en procesos de subsunción formal y el 88% en procesos de subsunción real, o sea en los procesos laborales plenamente capitalistas, con un 48% en los automáticos, un 19% en los tayloristas o fordistas y un 18% en los de

maquinismo simple. La importancia para la salud obrera de esta conformación industrial reside en que cada uno de estos procesos se caracteriza por el predominio de distintas cargas laborales, como se analizará adelante. Esto a su vez implica que no hay un solo patrón de desgaste típico de la clase obrera sino uno para cada tipo de proceso laboral.

La existencia misma de esta heterogeneidad, que se da todavía en los países capitalistas avanzados aunque no con la misma amplitud, señala algunas cuestiones generales importantes. Resulta clave preguntar por qué persisten los procesos laborales atrasados y la respuesta revela que no estamos ante un simple hecho de "subdesarrollo" industrial. Así, al calcular la tasa de ganancia de las empresas, agrupadas según su tipo de proceso laboral, resultó que es la misma para todas. Es decir, la heterogeneidad industrial existe (más que persiste) porque los procesos "atrasados" son rentables, o sea, permiten extraer plusvalor.

Estos hallazgos nos conducen a identificar dos grandes estrategias de extracción de plusvalor. La primera descansa sobre la depresión salarial y la prolongación de la jornada laboral y se asientan en los procesos laborales con una base técnica atrasada, o sea los de subsunción formal. Algunos datos respecto a México permite ejemplificar esta estrategia. Así, mientras que el salario medio industrial en 1975 era de 39,900 pesos, el salario medio en los procesos de subsunción formal apenas alcanzaba 13,520 pesos, o sea, una tercera parte del salario medio industrial. Asimismo, el 57% de los obreros en los procesos de subsunción formal laboraba en empresas donde la única fuente de plusvalor era esta depresión salarial y sólo el 16.5% se encontraba en empresas que no dependían de ella para sus ganancias. Que la prolongación de la jornada sigue siendo un mecanismo común de generar plusvalor se desprende, finalmente, del hecho de que un 21% del total de obreros industriales mexicanos trabaja 49 horas o más a la semana. La razón última de la viabilidad de esta estrategia de extracción de plusvalor no es propiamente económica sino que debe buscarse en la relación concreta de fuerza entre capital y trabajo. Se explica así, en el caso mexicano, por el control

estatal sobre las organizaciones sindicales, que se refuerza todavía más por la magnitud del des- y subempleo.

Los procesos laborales de subsunción formal se caracterizan por una base técnica artesanal y una organización del trabajo que se basa en el oficio. Puede haber una mayor o menor división del trabajo en el taller, pero el obrero sigue teniendo cierto control sobre su trabajo. Este proceso laboral significa trabajar sobre un número reducido de objetos naturales que pueden tener propiedades nocivas, pero no modifican sensiblemente el ambiente químico. El carácter rudimentario de los instrumentos de trabajo generalmente conlleva un esfuerzo físico considerable, ya que los mueve la fuerza humana. Redunda así en un gasto calórico alto que además se prolonga durante una jornada larga. El control del productor sobre sus tareas directas significa que puede regular el ritmo de trabajo aun en contra de la presión del patrón. La relativa preservación de la unidad entre la concepción y la ejecución del trabajo salva al obrero de la realización de un trabajo monótono y descalificado lo que permite un esfuerzo psíquico equilibrado.

Los principales elementos de desgaste en este tipo de proceso laboral se derivan del esfuerzo físico grande, de la jornada prolongada y las características de algunos objetos de trabajo. Esta combinación entre una labor dura y largas horas de trabajo origina fatiga y un gasto calórico alto. La jornada prolongada tiene como contraparte pocas horas de descanso con una reposición deficiente de las energías gastadas. Asimismo, el alto consumo calórico tiene que confrontarse con el insuficiente salario. En el perfil de morbi-mortalidad que resulta del "sobretabajo-subconsumo" predomina la patología infecto-nutricional, esqueleto-muscular, ciertas enfermedades ocupacionales causadas por riesgos específicos y los accidentes.

La otra gran estrategia de extracción de plusvalor se basa en el incremento de la productividad del trabajo por medio de la revolución de la base técnica y formas "científicas" de dividir y organizar el trabajo en la fábrica. Corresponde a la etapa de

subsunción real del trabajo al capital, que a su vez puede ser dividida en las subetapas de maquinismo simple, taylorismo, fordismo y automatización. En términos generales los procesos laborales pertenecientes a esta etapa se caracterizan por una separación definitiva entre el concebir o pensar y ejecutar el trabajo; una división extrema del trabajo dentro de la fábrica, que redunde en la parcelación de las tareas que se convierten en monótonas y descalificadas; el uso intensivo del tiempo con altos ritmos de trabajo y frecuentemente trabajo por turnos durante las 24 horas del día y una tecnología avanzada que despoja al trabajador del control sobre el proceso laboral y lo transfiere a la maquinaria.

Las cargas laborales que predominan en los procesos laborales de subsunción real son las surgidas de la revolución tecnológica y la nueva división y organización del trabajo. La diversificación de los objetos de trabajo introduce cambios importantes en el ambiente químico-físico y la maquinaria incrementa la accidentabilidad y los niveles de ruido. El esfuerzo físico disminuye con la introducción de nuevas fuentes de energía y la jornada laboral se regula. Sin embargo, el esfuerzo físico y psíquico se ejerce cada vez bajo condiciones más artificiales y se utiliza solamente una pequeña parte de la potencialidad del trabajo humano. Hay una ruptura entre pensar y realizar el trabajo; la velocidad resulta más importante que el cuidado; los ritmos fisiológicos se trastornan a raíz del uso capitalista del tiempo, por ejemplo, en el trabajo por turnos con rotación. Es, pues, una labor parcelada, descalificada, monótona y estrictamente controlada que, además, se ejecuta a altos ritmos o, en el caso de los procesos automáticos, condena a la inactividad vigilante. Sus características fundamentales son la sobrecarga cuantitativa y la subcarga cualitativa psíquicas; combinación que origina fatiga y estrés. Se potencian, asimismo, por el trabajo por turnos y por la fijación en el puesto de trabajo que necesariamente lleva a la casi anulación de la interacción entre los obreros.

La conjugación de estas cargas dan origen a un patrón de desgaste que se expresa en traumatismos, intoxicaciones agudas y crónicas, cáncer, sordera, gastritis y úlceras, enfermeda-

des cardiovasculares y una amplia gama de otros trastornos psico-somáticos y mentales. En el caso mexicano se encontró una notable concentración de obreros en los procesos donde se presentan nítidamente las características desgastantes de los procesos laborales de la subsunción real; cuestión que no parece ajena al hecho de que para 1980 se reportaban las enfermedades cardiovasculares como la primera causa de muerte en el país y a los tumores malignos como la quinta causa. Igualmente, resulta significativo que la única tasa de mortalidad que no disminuyó en el período de 1977 a 1980 fue el de hombres en edades de 35 a 64 años, cuya mortalidad además incrementó su peso relativo con respecto al total de defunciones del 26.6 al 29.2%.

La situación de los accidentes de trabajo, asimismo, sirve para ilustrar las implicaciones de una estructura industrial como la mexicana. El primer hecho, ampliamente conocido, es el sostenido incremento en su número, su frecuencia relativa y su gravedad. Esto se traduce en una tasa de mortalidad por accidentes de trabajo, calculada en base a los datos del IMSS—la única fuente que permite conocer los accidentes en relación con la población en riesgo—, de 25.6 por 100 mil lo que la ubicaría entre las principales causas de muerte de los hombres entre 15 y 45 años. La relación entre la accidentabilidad y el tipo de proceso laboral se expresa en que el 6.2% de los obreros en los procesos de subsunción formal laboran en industrias de bajo riesgo (clase II del IMSS) y el 5.6% de alto riesgo (clase V) mientras que los mismos datos para los de los procesos tayloristas, fordistas y automáticos son el 0.7% y 9.8% respectivamente.

En cuanto estrategia de generación de plusvalor, cuyo medio son estos procesos laborales, se basa en el incremento de la productividad y generalmente hay condiciones salariales y de prestaciones comparativamente favorables. La vertiente de la relación capital-trabajo que adquiere especial importancia es la gestión de la fuerza de trabajo en la fábrica. Es por lo regular autoritario con el control total sobre el proceso laboral en manos de la empresa. Esto tiene implicaciones profundas para el problema de la salud, ya que atenderla significa

poner a discusión quién detenta el conocimiento y cómo organizar el trabajo; cuestión que explica en parte la resistencia de las empresas a satisfacer demandas de salud. Por otra parte, los sindicatos generalmente ubican sus luchas en el terreno del consumo y no en el de la producción.

Otro logro de los estudios panorámicos (67) es que han permitido sistematizar y socializar información dispersa que complementa la visión global del mundo laboral. De esta manera, se han hecho estimaciones respecto a la frecuencia del trabajo con turnos rotativos (68) mostrando que es más común y menos regulado en América Latina que en los países centrales; se ha estudiado la distribución de las distintas formas salariales (69) encontrando que una proporción alta de los trabajadores está sujeta a las distintas formas de pago a destajo; se ha registrado (70) que la concentración de ciertos tóxicos en el ambiente de trabajo sobrepasa con mucho las normas establecidas; se ha mostrado contundentemente el enorme subregistro de las enfermedades ocupacionales (71). De esta y muchas otra maneras se ha logrado armar una especie de rompecabezas que permite conocer con más precisión y socializar en grupos más amplios lo que antes había sido un "secreto industrial" y una dolorosa experiencia individual. Con los estudios sobre las ramas industriales se ha podido profundizar en algunos aspectos de la heterogeneidad tecnológica y sus implicaciones para la salud obrera. En ellos se descubren algunas cuestiones que se explican en función de formas específicas de las estrategias de extracción de plusvalor como pueden ser el uso de la separación espacial de segmentos del proceso laboral y la subcontratación de tareas aun en las ramas modernas. La industria del vestido (72) es el ejemplo clásico de lo primero, ya que frecuentemente realiza la producción en talleres clandestinos o con trabajo a domicilio. La industria de ensamble (73) de partes, por ejemplo para la industria espacial, automotriz o electrónica, en las zonas francas latinoamericanas representa la versión transnacional y moderna del mismo fenómeno. Es decir, aun en esta industria de punta se hace uso de los mecanismos "atrasados" de generar ganancia usando mano de obra barata y desorganizada en aquellos segmentos del proceso laboral que no requieren de una tecnología sofisticada. Las

condiciones de este trabajo ha llevado a algunos autores a denominarlo de "taylorismo sangriento" (74). La subcontratación de tareas (75) es una forma de división del trabajo usada, por ejemplo, en la siderurgia y la gran empresa de construcción, que permite a las empresas evadir la reglamentación de la relación laboral fijada en los contratos colectivos e incluso en la legislación laboral. No se trata de un fenómeno de heterogeneidad tecnológica sino de heterogeneidad de las condiciones laborales al interior de una rama manteniendo a una parte de los trabajadores en condiciones de "informalidad". En este contexto son significativos los datos sobre la industria mexicana, ya que el porcentaje de obreros en condiciones "informales" por rama fluctúa entre 22.0% y 56.5% (76). Los estudios sectoriales de la industria textil y del vestuario (77), del cuero y calzado (78), de la construcción (79), y de la gráfica (80) de Chile ejemplifican esta heterogeneidad tecnológica y de condiciones laborales. Asimismo demuestra la relación estrecha de estos fenómenos con el ciclo económico.

Los estudios territoriales complementan los anteriores estudios y permiten cuantificar algunos problemas. De esta manera un estudio sobre los trabajadores de León, Nicaragua (81), muestra que el 68% de ellos están sometidos a niveles de ruido dañino; el 30% a vibraciones; 58.2% a iluminación inadecuada y 71.2% a una sobrecarga psíquica. En términos de la morbilidad encontrada se registró un 17% de trabajadores con problemas dermatológicos, un 16% con problemas músculo-esqueléticos, un 9.4% con problemas urinarios, un 7.4% con afecciones digestivas, un 7% con afecciones respiratorias, un 5% con problemas psíquicos y un 3% con problemas cardiovasculares. Dentro del grupo con sobre-carga psíquica el 7.2% era hipertenso, el 9.8% tenía problemas gástricos y el 26% sufría de insomnio.

Detrás de los Muros de la Fábrica:

Los estudios de centros de trabajo:

Los estudios de caso de centros de trabajo específicos han

sido importantes para conocer a fondo las características de los procesos laborales en su relación con el desgaste así como para proporcionar información de base para la defensa de la salud obrera.

El estudio de una fábrica de procesamiento de mariscos en México (82) ejemplifica algunas de las características del proceso laboral de manufactura. Así, los únicos instrumentos de trabajo usados son manuales y las operaciones realizadas son la limpieza, corte y empaquetado de camarón. Cada obrera trabaja individualmente cumpliendo con una cuota de producción prefijada. Se trata de un trabajo descalificado, monótono y repetitivo, con altos ritmos de trabajo, bajo supervisión estricta y con un esfuerzo físico considerable al realizarse de pie y con movimientos estereotipados y simples. La jornada es de 8 horas y el salario un 10% por debajo del salario industrial medio de la zona. El análisis de la morbilidad de las obreras, basada en los diagnósticos médicos, mostró un promedio de 4.4 episodios mórbidos por año por obrera. De ellos el 25% estaba directamente relacionado con el trabajo y otro 25% potenciado por el trabajo. Destacaban los traumatismos laborales con una tasas de 69.0 por 100 obreras, enfermedades de vías respiratorias con 89.3%, los trastornos psicósomáticos y psíquicos con 46.9 por 100, infecciones gastrointestinales con 34.7%, dermatitis de contacto con 33.5%, enfermedades articulares con 27.3% y enfermedades relacionados con esfuerzo o posición con 16.9%.

Resulta llamativa la alta frecuencia de episodios mórbidos y algunos rasgos del perfil patológico. Así concuerdan con el perfil típico de este tipo de proceso laboral las altas tasas de enfermedades infecciosas, de traumatismos, de padecimientos músculo-esqueléticos y de dermatitis por las características del objeto de trabajo. Por otra parte, la alta frecuencia de trastornos relacionados con la tensión nerviosa parece explicarse por la organización del trabajo. Esto tiene relevancia, ya que muestra la incorporación de la organización taylorista del trabajo y sus mecanismos de incrementar la productividad en un proceso laboral tecnológicamente atrasado. Es decir, no hay una necesaria correspondencia entre la base técnica y las for-

mas de organización y división del trabajo de acuerdo con las formas históricas de desarrollo del proceso laboral capitalista. Los hallazgos de otros estudios confirman esta situación, ya que muestran que incluso en el trabajo a domicilio (83) operan mecanismos típicos del trabajo taylorizado como son la parcelación de las tareas y pago a destajo calculado en base al estudio de tiempos y movimientos.

Este hallazgo se repite en distintos estudios (84) sobre la industria del vestido, cuyos procesos laborales pueden ser clasificados unos de maquinismo simple y otros de taylorizados. En todos se usa maquinaria relativamente simple pero la división del trabajo va desde la producción de prendas completas a domicilio (85) hasta prendas que pasan por 20 a 25 diferentes puestos de trabajo ordenados en secuencia(86). La organización del trabajo en todos los casos se basa en los principios tayloristas de determinación del tiempo y los movimientos de la tarea. Se traduce en la fijación de cuotas de producción o en el monto del salario al destajo y redundante en extensión de la jornada más allá de las 8 horas. Cuando se trata de procesos fabriles se usa además la parcelación extrema de la tarea, inmovilidad en el puesto de trabajo, supervisión estrecha y sistemas de castigos y premios (87).

Las cargas o exigencias laborales (88) de estos procesos son la sobrecarga cuantitativa y subcarga cualitativa psíquica; las posiciones forzadas y el desplazamiento de cargas pesadas; exposición a fibras y disolventes y condiciones inseguras de la maquinaria. El perfil de daño causado por este trabajo muestra una incidencia alta de problemas músculo-esqueléticos, traumatismos leves, fatiga y trastornos psíquicos y psicossomáticos (89).

El estudio de dos plantas de ensamble de partes electro-electrónicas en México (90) ha permitido confirmar algunos de los problemas involucrados en los procesos taylorizados. En primer lugar ejemplifican la separación geográfica de distintas fases de un proceso laboral más complejo. Reciben de los EUA piezas prefabricadas para ensamblar y sus productos no son terminales sino que se incorporan en otra fase del proceso

laboral ubicada de nuevo en los EUA. En segundo lugar sus procesos laborales se caracterizan por una extrema división del trabajo, que redundando en tareas simples y monótonas realizadas con altos ritmos; implican un máximo de 10 movimientos y su realización toma entre 1.6 y 12 segundos. A la subcarga cualitativa y sobrecarga cuantitativa psíquicas, que esto implica, se añaden las posiciones incómodas, la fijación en puesto, el esfuerzo visual intenso y la exposición a una gran variedad de químicos.

En términos del perfil de morbilidad esto se expresa en una tasa anual de 90 episodios mórbidos directamente relacionados con el trabajo por 100 obreras, destacando la patología psico-somática, las enfermedades debidas al esfuerzo y posición y las enfermedades irritativas de piel y de ojos y los signos y síntomas inespecíficos; hallazgo confirmado en otro estudio sobre la industria maquiladora fronteriza mexicana (91). Se mostró, además, una clara tendencia de expulsión de las obreras a causa de problemas de salud a partir de 6 a 8 años de antigüedad en la industria. O sea, después de este tiempo habían sufrido un desgaste que las incapacitaba para seguir realizando su trabajo. Estos hallazgos verifican, pues, los rasgos generales del patrón de desgaste de los procesos laborales taylorista, pero resaltan también la necesidad de tomar en cuenta elementos particulares, en este caso los químicos, de cada proceso laboral concreto. Así, Mertens (92) ha enfatizado especialmente el uso abundante de químicos en la industria microelectrónica y sus efectos en la salud: las intoxicaciones agudas y crónicas, la irritación de las vías respiratorias y el cáncer.

El estudio de una fábrica automotriz mexicana (93) ilumina algunas de las características de los procesos laborales fordistas. Así resalta como hecho fundamental a la cadena de montaje como principio organizador de todas las demás actividades de la planta. Es decir, a pesar de que hay una serie de subprocesos laborales en la planta, tecnológicamente desfasados, todos están organizados con la lógica de mantener el abastecimiento constante de la cadena de montaje, que sólo ocupa el 27.2% de los obreros. Ambos elementos -la lógica

impuesta por la cadena y el desfase tecnológico al interior del proceso- tienen implicaciones para las cargas laborales y consecuentemente para el desgaste. De esta manera, impone la aplicación de distintos mecanismos de división y organización del trabajo para armonizar las distintas tareas tecnológicamente contradictorias e intensificar los ritmos de trabajo. Esto a su vez ha significado montar una "cadena de control" que se traduce en una supervisión estrecha y pérdida de control de los obreros sobre su trabajo. A las cargas laborales derivadas de la organización y división del trabajo se añaden niveles de ruido altos, condiciones inseguras por las características de los instrumentos y objetos de trabajo y la exposición a distintos químicos.

En el perfil patológico de estos trabajadores se destacan los traumatismos con un 20% de los episodios registrados, los trastornos relacionados con estrés con el 12.2%, los padecimientos relacionados con esfuerzo físico pesado o posiciones forzadas con el 8.4%, y las reacciones a agentes físicos o químicos con el 7%. Los padecimientos directamente relacionados con el trabajo suman así cerca del 50% de los episodios mórbidos registrados. Un último hallazgo interesante es la distribución diferencial de los trastornos relacionados con el estrés y el esfuerzo físico y las posiciones forzadas entre los trabajadores según su inserción en el proceso laboral. El 50% de los obreros supervisores y el 42.8% de los obreros indirectos padecieron trastornos relacionados con el estrés, contra el 19.4% de los obreros directos fuera y el 14.5% de los obreros directos en la línea de montaje; situación que se explicaría por la ubicación contradictoria de los supervisores y las dificultades para poner a tiempo los segmentos del proceso tecnológicamente desfasados. Respecto a los trastornos relacionados con el esfuerzo físico y la posición ocurre al revés ya que son más altos en los obreros de la línea de montaje -40.7%- mientras que una proporción mucho menor del resto de los obreros los presentan -7.1% a 19.4%; situación que se explicaría por la subordinación total de aquellos al ritmo y las exigencias de la cadena.

Algunos hallazgos del estudio de una planta refresquera

mexicana (94) adquiere especial interés en el contexto de los demás estudios. Así se trata de un proceso laboral poco complejo, cuyo principio organizador es la banda de producción con un grado importante de automatización. El perfil patológico de sus obreros presenta los rasgos esperados en su mayor parte, pero hay una frecuencia comparativamente baja de trastornos relacionados con el estrés. Probablemente esto se explica por las particularidades de esta fábrica surgida de la lucha sindical. La fábrica pasó a ser propiedad de los obreros después de una huelga prolongada y al momento del estudio era administrada por ellos. Una de las consecuencias de la formación de la cooperativa sobre la organización del trabajo fue la introducción de la rotación entre los distintos puestos de trabajo y la eliminación de la supervisión; cuestión que no parece ajena a la baja incidencia de trastornos relacionados con el estrés.

Un estudio mexicano de una planta siderúrgica integrada (95) permite analizar con más detalle algunas características fundamentales de los procesos automáticos de flujo continuo más complejos. De esta manera su proceso laboral, basado en la tecnología más moderna, está globalmente regido por las fases automatizadas y computarizadas, pero presenta una articulación compleja entre tipos de trabajo que van desde la vigilancia de tableros hasta el trabajo manual con herramientas de mano. Esto se explica por el desfase tecnológico en su interior y por la distribución de los obreros entre las distintas tareas con el 29% en operación, el 50% en mantenimiento y el 21% en apoyos como transporte y servicios. O sea, la gran mayoría de los obreros realiza tareas de mantenimiento o de apoyo mientras que apenas una tercera parte opera o vigila la maquinaria; cuestión que se expresa en riesgos laborales diferenciales entre uno y otro tipo de obreros y la generación de problemas derivados directamente de la articulación entre los segmentos tecnológicamente desfasados. Esto se muestra con claridad en la accidentabilidad ya que la tasa de accidentes con incapacidad fue de 16.5 por 100 obreros en operación, de 20.0 en mantenimiento y de 5.9 en actividades de apoyo.

Estas características del proceso laboral global significa la

presencia simultánea de todos los tipos de cargas laborales -físicas, químicas, fisiológicas y psíquicas- destacando entre ellas niveles de ruido alto, temperaturas elevadas, concentración alta de polvos y gases, esfuerzo físico pesado en ciertas categorías, rotación de turnos, trabajo peligroso, supervisión estricta, situaciones ambiguas de responsabilidad, y trabajo monótono y repetitivo. La combinación de cargas se expresa en una prevalencia de enfermedad de 1.1 por obrero, lo que es muy alto en una población joven. Sin embargo, la diferencia entre uno y otro tipo de trabajadores es considerable con 0.9 en los de operación, 1.6 en los de mantenimiento y 1.1 en los de apoyo. En el perfil patológico encontrado dominan las enfermedades de vías respiratorias (17.3%), de espalda y articulaciones (15.2%), psicosomáticas (9.8%), la neurosis (7.5%), e irritativas de ojos (6.5%) y piel (5.5%), que juntos constituyen el 66% de la patología. También los perfiles resultan distintos para cada tipo de trabajadores como expresión de sus diferentes procesos de desgaste. Se encontró, además, un aumento sostenido en la tasa de morbilidad por 100 obreros en cuanto incrementan los años de trabajo en la siderúrgica: 46.8 para los con 1 a 3 años, 90.6 para los con 4 a 6 años y 135.8 para los con 7 o más años.

El estudio muestra, por una parte, que la dinámica global del proceso laboral -regida por las fases automáticas de flujo continuo- genera el desgaste característico de este tipo de procesos laborales. Por la otra, la articulación específica del trabajo en su interior añade otros elementos desgastantes importantes. Es decir, aun con una base técnica altamente sofisticada, que determina globalmente la organización y división del trabajo, existen maneras distintas de insertarse en el proceso laboral que generan un desgaste diferencial. Algunas de ellas obedecen al carácter mismo de la tecnología, como la necesidad de un ejército numeroso de obreros de mantenimiento. Otras, sin embargo, se deben a situaciones particulares históricas, como por ejemplo, la realización de tareas en condiciones precarias e inseguras que no son inherentes al proceso como tal, sino que expresan un uso exploratorio de la fuerza de trabajo.

El estudio de otra planta siderúrgica mexicana (96) con mayor tiempo de funcionamiento confirma los hallazgos anteriores y muestra, además, una frecuencia extremadamente alta de las enfermedades del trabajo legalmente reconocidas; el 48.9% de los obreros las sufren. Presentan, además, una tasa anual de accidentes del 24.6 al 33.8 por 100 obreros según el área de trabajo. En el estudio se analiza cómo este proceso de desgaste acelerado se relaciona con la organización del trabajo, la incompatibilidad entre las reglas de seguridad y las tareas de producción fijadas, y el intento de la empresa de compensar el creciente deterioro de la maquinaria y equipo intensificando el trabajo.

Disponemos de dos estudios, uno de México (97) y otro de Ecuador (98) de la industria eléctrica que ejemplifican un aspecto particular de los procesos automáticos de flujo continuo. Así se ocupan del problema de "riesgo eléctrico", estrés y sus manifestaciones patológicas. Ambos centran su atención en la conciencia del trabajo peligroso que probablemente es una de las cargas psíquicas más comunes en la industria y muchos de los servicios como por ejemplo el transporte. Los estudios encuentran que el trabajo con líneas de alta tensión se convierte en trabajo peligroso por la organización del trabajo y en particular por la conformación tecnológica heterogénea que convierte al accidente mortal en una amenaza constante. El estudio mexicano (97) demuestra que los obreros de riesgo eléctrico presentan tasas de trastornos psicosomáticos de 5 a 10 veces mayores que otro grupo de trabajadores no expuestos; tienen niveles de catecolaminas en orina más altos que el grupo control como expresión fisiológica de estrés sostenido y finalmente tienen una sobrevivencia menor. Los resultados del estudio ecuatoriano no son tan contundentes, pero encuentran una tasa mayor de trastornos digestivos, 70.6%, y de hipertensión, 76.5%, en el grupo con riesgo eléctrico contra 35.6% y 35.5% respectivamente en el grupo no expuesto a esta carga; cuestión que parece explicarse como un "efecto del obrero sano", ya que los trabajadores de alta tensión son seleccionados con criterios muy rigurosos.

Otro estudio ecuatoriano de una fábrica textil (100) inves-

tiga los trastornos mentales en un proceso automático incluyendo el análisis de las condiciones de consumo. Encuentra -utilizando la escala de Goldberg- trastornos mentales en el 16.6% de los obreros y en el 20% de los trabajadores administrativos. Aparte de las características del trabajo en la planta, generadoras de tensión nerviosa, resaltan que otro elemento importante para explicar los hallazgos del estudio es que tanto los obreros como los trabajadores de "cuello blanco" tienen condiciones de reproducción insuficientes.

Otros estudios que ponen de relieve el problema de la heterogeneidad de los procesos laborales son los que siguen las distintas fases de la transformación del objeto de trabajo en producto. Este acercamiento resulta particularmente útil en el caso de la agroindustria, ya que son procesos de transformación con pocas fases y geográficamente circunscritos. Los resultados de dos de estos estudios, uno sobre el proceso de trabajo del azúcar (101) y otro sobre el sisal (102), revelan algunas situaciones importantes. De esta manera, ambos muestran que la fase de trabajo agrícola tiene un resago tecnológico importante en comparación con la fase industrial, que se traduce en distintos tipos de cargas laborales para los trabajadores. Por otra parte, en ambos casos adquieren mucha importancia las formas específicas de la relación laboral, ya que resultan determinantes para el nivel salarial, la duración de la jornada, la estabilidad en el empleo, etc. En el caso del azúcar los trabajadores de la fase agrícola (el corte) -que carecen de organización sindical y son migrantes- realizan un esfuerzo físico muy intenso durante una jornada de 10-12 horas y muestran un perfil de morbilidad con predominio de los padecimientos infecto-nutricionales. Los obreros del ingenio -organizados sindicalmente con un contrato colectivo razonable y en su mayoría operadores de maquinaria y oficiales de mantenimiento- muestran un perfil con predominio de traumatismos y enfermedades crónico-degenerativas. En el caso del sisal se presenta una situación distinta, ya que los trabajadores de la fase agrícola tienen una relación laboral más favorable que los de la fase industrial. De esta manera ambos muestran un perfil de morbilidad de tipo infecto-nutricional, pero de mayor gravedad en los obreros fabriles y sus familias.

Aparte de estos estudios hay pocas investigaciones sobre el trabajo agrícola en relación a la salud a pesar de su indudable relevancia. Por ello destaca la importante labor desarrollada por el Programa Centroamericano de Ciencias de la Salud del CSUCA que desde hace tiempo ha priorizado la investigación en este campo. Así, ha realizado estudios muy exhaustivos respecto a los trabajadores azucareros (103) y del banano (104) y a los temporeros (105). En términos generales estos estudios muestran que la profundización de la agricultura capitalista en la región durante los últimos veinte años ha tenido un impacto decisivo en los procesos de trabajo, que ha conllevado la prolongación e intensificación de la jornada y la introducción masiva de agrotóxicos y maquinaria. Estos cambios se expresan en el empeoramiento de las condiciones de salud obrera con una tendencia al incremento en los accidentes, las enfermedades laborales y el desgaste, que se traduce en una reducción del tiempo de vida útil.

Durante los últimos años se ha realizado una serie de estudios sobre trabajadores de los servicios, que han ampliado nuestro conocimiento sobre sus problemas de salud. En estos estudios hay una discusión no resuelta respecto a cómo manejar el concepto proceso de producción respecto a los trabajos no propiamente hablando productivos y a los procesos laborales incompletos (sin objeto de trabajo y producto-mercancía). Sin embargo, en cuanto éstos obedecen a la misma lógica productiva que los industriales y agrícolas, en la práctica se ha mostrado útil analizar sus procesos laborales bajo el mismo esquema en lo que se refiere a la división y organización del trabajo y en muchos casos a la base técnica. Por otra parte, encontramos con frecuencia en ellos trabajadores de mantenimiento que realizan tareas muy semejantes a sus contrapartes industriales.

Entre los servicios el transporte es una de las ramas que ha atraído más la atención. Así disponemos de estudios de los trabajadores del metro y de autobuses urbanos y foráneos. El estudio sobre el Metro de la ciudad de México (106) resulta particularmente ilustrativo porque abarca todas las distintas tareas desarrolladas en la empresa: las de transportación (ven-

ta de boletos y conducción del tren), de mantenimiento y de administración. La distribución de los trabajadores entre estas actividades -44.8%, 39.1% y 15.5% respectivamente- resalta la importancia de los de mantenimiento; cuestión relevante ya que generalmente no están considerados en los estudios de la rama de transporte. El análisis del proceso laboral de los tipos de trabajadores muestra que, en cuanto sus labores son muy distintas, están expuestos a cargas laborales de distinta índole.

Entre los trabajadores de transportación predominan las cargas psíquicas y fisiológicas, que para las taquilleras son el poco control sobre el trabajo, la supervisión, la organización de la jornada, la inmovilidad, el aislamiento, el contacto con el público y las posiciones incómodas. Entre los conductores prevalecen las que se derivan de la relación con el equipo automatizado que implica poco control sobre el trabajo, alta atención, una situación de responsabilidad ambigua y monotonía. A ello se añade una jornada prolongada y posiciones incómodas. Las cargas de los trabajadores de mantenimiento son, por una parte, semejantes a las de los obreros industriales con exposición a ruido, químicos, trabajo pesado y posiciones forzadas, y, por la otra, para algunos grupos las psíquicas derivadas del trabajo peligroso. Los perfiles patológicos de los distintos grupos de trabajadores, construidos en base a sus expedientes médicos, muestran algunas diferencias significativas. Así, los de transportación tienen un promedio de 4.6 episodios mórbidos por año, los de mantenimiento 3.8 y los administrativos 2.5. El perfil de los de transportación está dominado por patología relacionada con el estrés (54.8%), con posiciones forzadas (45.8%) y traumatismos (36.8%); el de los de mantenimiento por traumatismos (52.0%), padecimientos relacionados con el estrés (40.6%) y con posiciones forzadas (40.6%); el de los administrativos por padecimientos relacionados con el estrés (32.9%) y con posiciones forzadas (23.9%) y traumatismos (21.6%). Los hallazgos relativos a los conductores se confirman en dos estudios realizados sobre esta categoría de trabajadores en el Metro de Sao Paulo; uno por la parte sindical (107) y otro por la parte patronal (108). El estudio sindical muestra que el trabajo con el equipo automatizado redundaba en poco control del conductor, monotonía y

altos niveles de atención a lo que se añaden los efectos de la rotación de turnos y problemas de ruido y cambios bruscos de temperatura. Las molestias más frecuentes reportadas por los trabajadores son nerviosismo, cuadros depresivos, alteración del sueño y cefalea tensional. El estudio encargado por la empresa es centralmente un estudio ergonómico y de ciclos circadianos. Muestra lo inadecuado de la organización de la jornada y lo anti-ergonómico del diseño del puesto de trabajo. Significativamente la morbilidad reportada, que predomina entre los trabajadores, son las dorso-lumbalgias (49.6%); úlcera gástrica o duodenal (14%); hipertensión (12%); ansiedad, tensión nerviosa y reacciones depresivas (8%).

Otro sector de trabajadores del transporte estudiado durante los últimos años es el de autobuses foráneos y urbanos. En un estudio realizada en una empresa mexicana de transporte foráneo (109) resalta como el problema más significativo la organización de la jornada, ya que redunda en una semana laboral promedio de 107 horas con 69 horas de manejo. Cabe señalar que el mecanismo utilizado para hacer que los choferes acepten esta situación es el pago a destajo y la imposición de un sindicato blanco. A las jornadas extenuantes se añaden otras cargas como la conciencia de trabajo peligroso, alto nivel de atención combinada con monotonía, aislamiento y alto grado de responsabilidad; ruido; posiciones incómodas y forzadas. Estos trabajadores reportan como daños a su salud más comunes la fatiga, nerviosismo, trastornos del sueño, disminución de la libido, dorso-lumbalgias y accidentes. Los resultados de la aplicación del Índice Médico Cornell (IMC) muestran una tasa alta de depresión (45.3%) y de ansiedad (16.0%). El estudio (110) de los choferes de los autobuses urbanos de la ciudad de México registra un alto grado de tensión nerviosa por el tráfico, la conciencia de un trabajo peligroso, el alto grado de responsabilidad, la atención sostenida y una relación conflictiva con el público. A ello se suma altos niveles de ruido, exposición a humos, posiciones incómodas y forzadas. En términos de enfermedades y molestias se reporta irritabilidad, fatiga patológica, trastornos del sueño, dolores musculares, problemas circulatorios periféricos, irritación de los ojos y daño auditivo. La semejanza entre el trabajo productivo y el

de servicios en cuanto a la organización del trabajo y la relación con los medios de trabajo se pone de manifiesto en dos estudios mexicanos sobre las operadoras de la compañía telefónica mexicana (111, 112). Así realizan tareas estereotipadas y normatizadas con tiempos predeterminados y estrechamente supervisadas. El 70% de ellas rotan turnos y están sometidas a una jornada "quebrada". Su relación con los instrumentos de trabajo se caracteriza por tener que responder a estímulos y por la fijación en el puesto de trabajo en posiciones incómodas, de manera que su trabajo no se distingue mucho de la operación de cierto tipo de maquinaria. Finalmente están expuestos a ruido de pulsación que puede llegar a niveles muy altos.

Su perfil de morbilidad construido a partir de una encuesta muestra una frecuencia muy alta de padecimientos relacionadas con estas cargas. Así en el 90.4% de las trabajadoras se encontró dorsolumbalgias, en el 62.5% gastritis, en el 52.1% fatiga patológica, en el 42.9% problemas circulatorios periféricos y en el 42.3% hipertensión arterial. Asimismo hay una asociación directa entre la antigüedad y la frecuencia de estos padecimientos con un pico entre las de 4 a 9 años; situación coincidente con otros estudios que contemplan la expulsión de los obreros del trabajo a causa de problemas de salud.

En un estudio sobre estrés y fatiga en médicos residentes (113) se insiste en las semejanzas entre el trabajo de servicios y el trabajo productivo en términos de su organización y división. Así las fuentes más importantes de estrés y fatiga del trabajo de los médicos residentes son una jornada prolongada con rotación de turnos; la división jerárquica del trabajo que para los residentes redundaba en ambigüedad en la delimitación de la responsabilidad y cargas de trabajo extenuantes; la exigencia de dar respuestas de emergencia con una preparación y recursos insuficientes; inestabilidad laboral; bajos salarios y aislamiento social. Se encontró en la encuesta realizada una alta frecuencia de irritabilidad, alteraciones del sueño, pérdida de peso y trastornos psicossomáticos: el 77.3% presentaba gastritis o colitis, el 10% úlcera péptica y el 10% migraña. Asimismo se mostró un incremento de catecolaminas en orina durante las guardias cuando las cargas se presentan con más

intensidad.

Otro estudio más amplio sobre los trabajadores de la salud efectuado en Bolivia (114) llega a resultados y conclusiones muy semejantes. Ubica las principales fuentes de estrés en la división jerarquizada del trabajo; la jornada prolongada y la rotación de turnos; los precarios recursos que impiden realizar un trabajo técnicamente satisfactorio; el deterioro salarial que se traduce en la necesidad de empleo doble y niveles de vida precarios. La medición de la morbilidad mental con la escala de Goldberg muestra una prevalencia global promedio alta: 29%. Se encontraron diferenciales importantes entre distintas categorías de personal. Así los internos tienen la tasa más alta y los médicos de base la más baja. Asimismo, la organización de la jornada influye en los trastornos mentales, ya que los trabajadores de jornada prolongada o nocturna o con rotación muestran una prevalencia mayor de estos problemas.

Vistos en su conjunto los estudios de caso confirman en general los hallazgos de los estudios globales, pero los matizan en cuanto muestran con particular nitidez la importancia de una serie de circunstancias particulares. Estas se dividen en dos vertientes principales. Una tiene que ver con la conformación específica de la base técnica y el uso de determinados objetos de trabajo y materias auxiliares. Otra se relaciona directamente con las relaciones que se establecen entre capital y trabajo en una empresa o rama en particular y pueden llegar a ser determinantes respecto al tipo de desgaste que se genera.

Los estudios de caso nos revelan una situación dramática de insalubridad y enfermedad lo que lleva a un interrogante respecto a qué es lo específicamente nuestro respecto a la salud de los trabajadores. Es decir, habría que preguntarse si la nuestra es una situación "normal" de la producción capitalista o si estamos ante condiciones de extrema explotación. Al buscar una respuesta a esta pregunta se encuentran una serie de vacíos en la literatura científica. Así, disponemos de estudios de otras partes del mundo que nos permiten hacer comparaciones respecto a problemas específicos donde América Latina sale del lado negativo. Sin embargo, cuando se quieren

hacer comparaciones globales y respecto a problemas inespecíficos no hay material de comparación, ya que prácticamente toda la investigación sobre la salud en el trabajo está basada en la concepción del agente nocivo y el daño específico.

El problema de la comparación se reproduce a nivel interno de nuestros países ya que no disponemos de datos poblacionales confiables. Por ello prácticamente todos los estudios se limitan a hacer comparaciones entre distintos grupos de trabajadores del centro de trabajo a fin de desentrañar el impacto de distintas constelaciones de cargas laborales. Sin embargo, habría que añadir que los criterios para integrar los grupos de comparación no están claros dado que un diseño simplista de exposición y no-exposición a riesgos específicos no es suficiente. Este problema es particularmente complejo respecto a patología no-específica que por otra parte es la que más interesa. Esta limitación significa que la mayor parte de los estudios muestran coherencia entre las cargas existentes y la patología detectada, pero no pueden producir evidencias concluyentes respecto a esta relación.

A fin de resolver este problema se ha trabajado con los llamados indicadores sintéticos tanto de cargas como de daños a la salud dado que ambos son conceptos complejos. El indicador sintético de las cargas más utilizado es antigüedad ya que permite medir el tiempo de "exposición al trabajo", o sea, al conjunto de las cargas involucrados en el. Como indicadores sintéticos de los daños se han utilizado, por ejemplo, años de vida útil en un determinado trabajo o ausentismo que permiten acercarse al efecto combinado de el grado de desgaste en reacción con las características del trabajo.

Otro problema pendiente relacionado con el anterior se refiere a la expulsión de los trabajadores del proceso de trabajo como el resultado del desgaste sufrido. Es de suma importancia, ya que sería una medida de resumen óptima del proceso de desgaste que podría darnos la clave para analizar la diferencia entre nuestros países y los países capitalistas centrales. Nos abre la veta de analizar la salud del obrero colectivo en términos de su recomposición en función del desgaste deseable e

indeseable para el capital contrastando su significado para el capital y el trabajo (115). Es decir, esta línea de análisis permitiría establecer si la diferencia crucial entre América Latina y los países centrales consiste en que la relación de fuerza entre las clases en nuestro continente ha facilitado al capital imponer un desgaste deseable para él -la pérdida de capacidad creativa y de resistencia- e ignorar el indeseable -la expropiación franca de las potencialidades obreras.

Un último problema que se descubre en los estudios de caso se refiere a cómo abordar los trastornos mentales en su relación con el proceso de producción. Así, las más de las veces se reduce esta relación a situaciones de estrés, que aunque indudablemente son importantes no agotan la problemática. Por otra parte, los propios estudios confirman la urgencia de avanzar en esta cuestión, ya que muestran que estos trastornos ocupan un lugar central en los perfiles patológicos de prácticamente todos los grupos de trabajadores; situación que contrasta con su poca "legitimidad social".

Finalmente llama la atención que a pesar de que hay un número importante de estudios que analizan grupos de trabajadoras no exploran su problemática en función de la especificidad de las mujeres. O sea, los interrogantes que se formulan son los mismos que para cualquier grupo de trabajadores. De la misma manera, hay un vacío en la literatura médico-social respecto al trabajo infantil y sus particularidades. Estas ausencias son especialmente notables en vista de que la crisis está provocando un incremento importante en ambos grupos de trabajadores ya que la depresión salarial obliga a una estrategia de sobrevivencia consistente en incluir más miembros de la familia al trabajo.

Los Problemas Específicos:

Accidentes y riesgos químicos y físicos:

Durante los últimos años se han realizado estudios encaminados a conocer los riesgos ocupacionales específicos. Entre

estas investigaciones destacan las dedicadas a los accidentes, pero también empezamos a disponer de otras sobre distintos riesgos químicos y físicos. Los hallazgos de los estudios latinoamericanos sobre accidentes son coincidentes en varias cuestiones. Así, caracteriza al subcontinente que los índices de frecuencia y gravedad de los accidentes son mucho más altos que en los países centrales (116). Asimismo, en varios países (117) se ha registrado una baja en la frecuencia de los accidentes durante los últimos años combinado con un incremento en su gravedad. El primer fenómeno puede explicarse por la recesión económica, ya que un estudio chileno (118) sobre la industria de la construcción ha mostrado una variación concomitante entre las fluctuaciones del ciclo económico y la frecuencia de accidentes. El incremento en su gravedad se explica en gran medida por una tercera cuestión general de nuestros países que es un subregistro importante de este riesgo ocupacional aunque no llega a ser de la magnitud del subregistro de las enfermedades profesionales (119). Las razones que explican el subregistro son de varios tipos. Entre ellos tenemos la legislación restrictiva al respecto (120); los mecanismos instrumentados por las empresas que "resuelven" los accidentes sin registrarlos (121) los trabajadores sin cobertura de seguro social (122); los trabajadores que no insisten en registrar el accidente por temor o por desconocimiento (123).

Otro aspecto estudiado de los accidentes se refiere a la revisión crítica de la clasificación "causal" de acto inseguro y condición insegura. Hay en estos estudios una demostración contundente de que el alto porcentaje de accidentes por actos inseguros no describe verazmente los hechos. Al analizar con más detenimiento las condiciones del accidente aparecen varias cuestiones. La más burda es clasificar como acto inseguro a situaciones que en realidad son condiciones inseguras (124). El problema de más fondo, sin embargo, es desentrañar que hay detrás del acto inseguro. Aparece en los estudios un vínculo estrecho entre los accidentes y malas condiciones de trabajo (125) con jornadas prolongadas, altos ritmos de trabajo, supervisión despótica, exposición a tóxicos, etc, que producen en el trabajador un proceso de fatiga que propicia las conductas "equivocadas" (126). Finalmente se descubre que

detrás del acto inseguro es frecuente encontrar la ausencia de capacitación para la tarea y la falta de información; cuestión particularmente relevante respecto a los trabajadores temporales o contratados por empresas contratistas (127).

A pesar de la situación dramática de los accidentes de trabajo, tanto para las colectividades obreras como para el individuo, todavía no son reconocidos como un problema social importante sino que se ven como una tragedia individual que fatalmente tiene que ocurrir a alguien. Dos estudios brasileños (128) han explorado los elementos ideológicos que explican esta situación. Muestran, por una parte, como hay una "ideología del acto inseguro", construida socialmente a partir de la propaganda y de las prácticas institucionales, que culpabilizan a la víctima. Esta ideología es introyectada a tal grado que casi todos los accidentados manifestaban en la entrevista haber causado ellos el accidente por descuido. Por la otra, exploran cómo el accidente deja a la víctima con un proyecto de vida roto en el terreno laboral y familiar. Después del accidente de cierta gravedad las instituciones, los empresarios, el círculo social más cercano, incluyendo a la familia, miran al accidentado como un inválido y él pierde el lugar que antes ocupaba. En este contexto resalta la importancia de esclarecer toda la problemática que subyace a los accidentes a fin de poder generar una acción organizada y colectiva para combatir sus causas más profundas.

Entre los riesgos químicos que han atraído un particular interés está el asbesto, ya que es el prototipo del cancerígeno industrial involucrado en la "exportación de riesgos". Un estudio de México (129), donde la mayor parte de las empresas de asbesto son de capital transnacional, muestra la permisibilidad de las normas legales respecto a esta sustancia, ya que es 2 a 5 veces mayor que en los países centrales. Además encuentra que estas normas se violan con frecuencia, dado que en algunas mediciones la concentración de la fibra era 127 veces mayor que la permitida. En cuanto a los problemas de salud causados por el asbesto, el mesotelioma y la asbestosis, se encontró un registro incompleto y una práctica institucional tendiente a ocultar el origen laboral del problema. Sin embargo, entre los

16 casos de mesotelioma localizados en los distintos registros institucionales se pudo comprobar exposición de origen fabril al asbesto en 10 casos. Otro estudio de Ecuador (130) muestra una situación legal y de exposición semejante. Asimismo encuentra en el 98% de los obreros del asbesto estudiados síndromes respiratorios, dermatológicos o digestivos probablemente relacionados con su exposición a la fibra. Finalmente enfatizan que el problema seguramente se extiende al territorio circundante por la localización de las empresas, por la falta de medidas de higiene en el manejo de los desechos y la ropa de los trabajadores, así como por el uso de tubería de agua potable de asbestocemento.

Otro caso ilustrativo del manejo de los químicos en la industria latinoamericana es la intoxicación crónica con benceno de más de 1,300 trabajadores en una planta siderúrgica en Brasil (131), que llegó a ser conocida esencialmente por la acción del sindicato. Ocurrió a raíz de un cambio en el proceso de coquización e involucró a trabajadores de toda la planta. Aparte de la extensión del problema resalta las enormes dificultades que ha tenido el sindicato para que el daño sea reconocido como laboral a pesar de la demostración clara de concentraciones de benceno muy por arriba de lo permitido en el centro de trabajo.

Otros ejemplos de estudios sobre los riesgos químicos y físicos son los realizados sobre la intoxicación con plomo en Argentina (132); sobre la intoxicación y contaminación mercurial en Venezuela (133) y Nicaragua (134); sobre el uso y las intoxicaciones con plaguicidas en Brasil (135), México (136), Colombia (137), Centroamérica (138) y Ecuador (139); sobre los polvos y la frecuencia de silicosis en Ecuador (140) y México (141); sobre el ruido en Colombia (142) y los estudios de diferentes riesgos específicos en la industria colombiana (143).

Estos estudios no sólo verifican la importancia de estos problemas respecto a la salud de los trabajadores y los habitantes de las zonas fabriles, sino que muestran, también, que tienden a ser de una gravedad extrema. O sea, no encuentran

una frecuencia "esperable" de víctimas de los riesgos laborales sino situaciones que llegan al extremo, por ejemplo, de intoxicaciones de grupos humanos enteros. Vistas en esta perspectiva las grandes catástrofes industriales como, por ejemplo, la explosión de los tanques de gas en San Juanico, México, con cientos de muertos no son fenómenos aislados sino más bien el pico espectacular del "iceberg" de las pésimas condiciones de higiene y seguridad de la industria latinoamericana.

Generalizando se puede decir que los análisis muestra que las condiciones insalubres y de seguridad precaria se derivan de formas de maximizar la ganancia basadas, entre otras cosas en minimizar la inversión en medidas de higiene y seguridad y escamotear a los trabajadores sus derechos en este campo. La viabilidad de esta actuación se explica, esencialmente, en el terreno político, ya que descansa sobre la no-intervención para corregir la situación de los órganos estatales (144) y de las organizaciones sindicales controladas o la relativa debilidad de las organizaciones sindicales democráticas para reivindicar exitosamente sus intereses en este campo. Ciertamente el desconocimiento obrero respecto a los riesgos implicados en los distintos procesos laborales explica parcialmente el nivel relativamente bajo de conflictividad acerca de la problemática. Sin embargo, caben dos aclaraciones. Por un lado, existe una serie de elementos para sostener que se trata de una ignorancia "construida" a través de la manipulación del conocimiento

En este contexto resultan relevantes los resultados de una investigación realizada en la industria automotriz mexicana (152), referida al impacto de la primera ola de racionalización en 1977, que llevó al despido de un grupo importante de obreros y a un incremento considerable en la intensidad del trabajo de los que quedaron. El estudio muestra una asociación directa entre los aumentos en la producción por obrero y la patología relacionada con estrés y fatiga, que, sin embargo, llega a su punto más alto en el momento cuando se están dando los despidos.

Una segunda cuestión involucrada en la reconversión industrial se refiere a la articulación de los procesos laborales

existente por parte de las empresas y las instituciones responsables y la descalificación sistemática de la experiencia obrera al respecto (145). Por el otro, hay varios ejemplos que muestran que, aun cuando los trabajadores tengan conciencia respecto a los riesgos, deben desarrollar luchas prolongadas para ganar el reconocimiento de sus derechos tal como ha sido el caso de los electricistas mexicanos (146) los químicos de Venezuela (147) y minero-metalúrgicos de Brasil (148) y México (149).

Crisis y Reestructuración Productiva

La crisis es hoy una temática prioritaria que ha suscitado una serie de reflexiones por el rápido proceso de transformación que ha provocado. Abordarlo desde el ángulo de la relación trabajo salud significa poner en el centro a la reestructuración o reconversión del aparato productivo en su relación con el desgaste obrero. Esta cuestión tiene que ser analizada en varias vertientes, que se entrelazan de modo complejo y dinámico. En el meollo del proceso están la introducción de nueva tecnología, la reorganización del trabajo en la fábrica y la expulsión masiva de trabajadores (150).

Un primer interrogante a desentrañar es qué pasará con la heterogeneidad industrial en el proceso. El discurso modernizador pregona la desaparición de la parte obsoleta del aparato productivo por medio del fomento del recambio tecnológico. Sin embargo, este problema tiene una serie de facetas, que no quedan claras con la consigna "modernizar o morir". Una primera cuestión se relaciona con la productividad. Esto es, cuando se habla de aumentar la productividad están confundidos el incremento de la producción por obrero debido a cambios tecnológicos y el que se logra por la intensificación del trabajo reorganizándolo. Hay indicios que hacen suponer que este segundo tipo de "incremento de la productividad" es la meta para un gran grupo de empresas (151). En estos casos el único cambio en el proceso laboral es su reorganización para incrementar las cuotas de producción de los obreros que se quedan y expulsar a otros.

entre si. Es decir, el recambio tecnológico frecuentemente se da como un doble movimiento: mientras, por un lado, se moderniza la tecnología de ciertas fases centrales del proceso laboral, por el otro, otras fases son desprendidas y encargadas a empresas subsidiarias (153). El caso más típico de esto son las empresas maquiladoras, que ensamblan piezas para las grandes empresas a bajo costo y con una tecnología muy simple (154). Así, paradójicamente, el recambio tecnológico reproduce ampliamente la diversidad tecnológica. No se discierne, pues, que la crisis terminará con la actual heterogeneidad industrial, pero ésta asumirá características distintas. Se introducirán, por un lado, las cargas particulares de los procesos automatizados, que afectarán a los obreros de la industria de punta, donde, también, se generalizará el trabajo rotativo en turnos para usar al máximo las instalaciones. Por el otro, sin duda se incrementará el número de obreros empleados en procesos laborales con una base técnica simple pero "científicamente organizados" (155).

Una tercera cuestión se relaciona con la acelerada depresión salarial de los últimos años. En realidad se ha generalizado la estrategia de extracción de plusvalor por esta vía, lo que desde el punto de vista de los trabajadores significa la generalización del subconsumo (156) antes especialmente característico de los obreros de los procesos laborales atrasados. Ciertamente esta redefinición del precio de la fuerza de trabajo hace menos competitiva a la industria atrasada, ya que ésta su "ventaja comparativa" frente al resto de la industria se elimina. Por las características señaladas se puede constatar que la subcarga cualitativa y la sobrecarga cuantitativa psíquica parece generalizarse y el subconsumo ha dejado de ser exclusivo de los obreros ocupados en los procesos laborales con una base técnica atrasada. Se puede pronosticar para nuestros países, pues, la permanencia de la heterogeneidad tecnológica pero con cierta homegenización, en dirección desfavorable, de las condiciones de trabajo y de existencia.

Ha quedado de manifiesto tanto en los países periféricos (157) como en los centrales (158), que la reconversión tiene como uno de sus propósitos centrales cambiar la correlación

de fuerza entre capital y trabajo. Esta cuestión se expresa entre otras cosas en la eliminación de partes importantes de los contratos colectivos existentes o, alternativamente, en su sustitución por nuevos contratos. Este debilitamiento de los sindicatos puede repercutir por varias vías en el desgaste obrero. La pérdida de cláusulas del contrato, que generalmente son las referidas al uso de la fuerza de trabajo en el proceso laboral, tiende a disminuir todavía más el control obrero sobre éste, así como facilitar que los obreros tengan que realizar tareas para las cuales no están capacitados y en horarios variables y frecuentemente prolongados (159). Igualmente, la disminución de la capacidad de negociación puede obligar al abandono de las demandas por la defensa de la salud y aun el cumplimiento de las más elementales medidas de higiene y seguridad. La falsa disyuntiva entre estas medidas y salario o empleo adquiere en tiempos de crisis mucha realidad. Ante el espectro del desempleo por el cierre del centro de trabajo, pocos sindicatos se atreven a insistir en las demandas de salud.

Otro efecto de la reconversión industrial para la salud obrera es, justamente, el surgimiento de un nuevo tipo de desempleo (160). O sea, aquel que afecta a los obreros que tenían trabajo de base con salario fijo, prestaciones y seguridad en el empleo y no a la parte de la población crónicamente subempleada que tiene estructurada toda una estrategia de sobrevivencia en condiciones adversas. Una serie de estudios de otros países (161) muestra que la pérdida del empleo en grupos que antes lo tenían asegurado tiene impactos graves en la salud somática y mental tanto a corto como a largo plazo y genera estados de estrés que se mantienen durante años. Se puede suponer que estos efectos se agravan todavía más en países como los nuestros, donde no existe un seguro de desempleo.

Hay otros dos aspectos de la reestructuración productiva a tomar en cuenta al pensarla en función de la salud obrera. El primero es que se está dando una reubicación territorial importante de la industria de los viejos centros fabriles a los "polos de desarrollo" como pueden ser, por ejemplo, los complejos petroquímicos y siderúrgicos (162). De esta manera la

geografía de la salud de los trabajadores está cambiando. Esta además refuerza el segundo aspecto que se refiere a cambios importantes en las características de la clase obrera, ya que tiende a haber un incremento importante de mujeres y de migrantes rurales recientes (163). Es necesario, pues, descubrir la patología del trabajo en nuevos lugares y en grupos donde anteriormente no estaba presente.

Al revisar la literatura se advierte que el estudio del impacto de la reestructuración productiva en la salud obrera implica una serie de dificultades. En cuanto se da como un proceso desigual no es siempre posible detectar sus efectos a menos de que la investigación se centre en los grupos directamente involucrados, ya que los impactos sobre ellos pueden diluirse si se observan desde la población general. Además, es necesario considerar que muchos de los problemas generados por la reestructuración tienen un período de latencia prolongado, ya que por ejemplo parte de la patología asociada con el estrés crónico puede tardar muchos años en manifestarse. Lo mismo resulta cierto respecto a los efectos de la exposición a químicos en la industria contaminante "exportada" a los países latinoamericanos a fin de producir para el mercado internacional (164). Otra de las dificultades metodológicas se deriva del hecho de que la crisis en cuanto proceso global conlleva cambios no sólo en la producción sino también en el consumo, situación que tiene que contemplarse en el diseño de los estudios. El conjunto de las dificultades de este tipo de estudios parece explicar que a pesar de la importancia de esta problemática hay pocos estudios empíricos que la abordan.

Así, una de las pocas investigaciones latinoamericanas con un seguimiento longitudinal del impacto en la morbilidad obrera de las transformaciones causadas por la crisis y la imposición del nuevo patrón de acumulación es la realizada por Echeverría en Chile (165) para el período de 1970-1980. Siguiendo los cambios en los perfiles patológicos de tres grupos de trabajadores -uno de la industria favorecida por la crisis, otro de la industria deprimida por la crisis y un tercero de obreros expulsados de su trabajo- llega a algunas conclusiones significativas. En términos generales el impacto de la crisis agrava las condi-

ciones de salud de todos, ya que la tasa anual de morbilidad sube en cuanto avanzan los años de crisis, de 171 a 239 a 297 por 100 obreros. Sin embargo, la inserción específica de cada grupo en el proceso productivo origina un empeoramiento diferencial en cuanto al tipo de patología. De esta manera se pueden distinguir patrones distintos entre los grupos expulsados de la producción, los involucrados en las empresas deprimidas y los que laboran en las empresas favorecidas. Entre los dos primeros grupos la patología psicológica y psicósomática tiene un peso muy importante, mientras que los accidentes de trabajo y las enfermedades por posición y esfuerzo adquieren gran relevancia entre los trabajadores de la industria favorecida. La problemática de los dos primeros grupos está directamente relacionada con la amenaza o la real pérdida del empleo, mientras que la patología del último se relaciona con la intensificación del trabajo a raíz de los cambios en la organización del trabajo.

Otro estudio (166) diseñado de una manera que permite analizar directamente el impacto del cambio tecnológico en el desgaste se realizó en un ingenio azucarero. Analiza, por una parte, como se transformó el proceso laboral con la introducción de un cambio tecnológico puntual y, por la otra, cómo repercutió en la accidentabilidad. El primer hallazgo importante es que, a pesar de su carácter puntual, tuvo repercusiones en todos los departamentos de la fábrica, ya que en general contribuyó a intensificar el trabajo considerablemente. A fin de entender las modificaciones en la accidentabilidad conviene recordar que el proceso laboral del ingenio es predominantemente automático de flujo continuo, pero presenta en su interior un desfase tecnológico en cuanto hay segmentos subordinados de operación de maquinaria y de trabajo manual sin herramientas. El cambio introducido tendió a incrementar este desfase tecnológico. Fue justamente en las fases más rezagadas donde hubo un incremento considerable en los accidentes (120%) y en su gravedad, mientras que la accidentabilidad disminuyó en las fases automatizadas. Asimismo, los obreros de mantenimiento mostraron una baja en su accidentabilidad, pero menor que los de operación.

Si bien es cierto que la lógica de la modernización productiva parece agravar una serie de elementos nocivos a la salud obrera, también hay hoy una discusión intensa sobre cómo producir. Esta discusión, por lo pronto, tiene un sesgo productivista y expresa nítidamente los intereses de la burguesía, pero abre la posibilidad de plantear las posiciones obreras. Es en este contexto que los estudios sobre la salud obrera tienen una gran importancia, ya que ofrecen elementos para introducir en el debate el cuestionamiento de un productivismo que no contabiliza más que los resultados económicos de la modernización dejando a un lado los costos sociales y, en este caso estrictamente hablando, de vidas humanas. La complejidad de la crisis, sin embargo, requiere de una estrategia de defensa de la salud obrera igualmente compleja, que tiene dos ejes centrales. Uno es avanzar en la lucha sindical por la salud basada en un conocimiento cada día más preciso. El otro es socializar el significado social global de esta lucha y legitimarla ante la sociedad. Se establece una relación necesaria y potenciadora entre ambos; la sociedad tiene que fortalecer la lucha obrera y la lucha obrera tiene que dar alternativas teóricas y prácticas a la sociedad.

La Defensa y Desarrollo de la Salud Obrera:

Hacia una nueva práctica:

Desde un principio la Medicina Social se planteaba generar conocimiento para una nueva práctica en cuanto surge como respuesta a la incapacidad de la medicina dominante de modificar sustancialmente la salud de la colectividad. Como ya se mencionó la salud de los trabajadores se ha mostrado como un campo privilegiado para avanzar en esta nueva práctica por varias razones. Una es que se ha podido generar un cuerpo amplio de conocimiento como base para pasar del conocer al transformar. Otra se relaciona con la existencia de una fuerza social organizada -los sindicatos- capaz de hacer realidad esta nueva práctica. La última tiene que ver con la débil hegemonía de la medicina dominante en este campo.

Los terrenos donde la nueva práctica se ha podido abrir espacio, dependen en gran medida del contexto político específico de cada uno de los países. De esta manera los procesos de democratización nacional constituyen un marco favorable para influir en las políticas e instituciones estatales. Por otra parte la situación del movimiento sindical influye en la fuerza y capacidad real que tiene para desarrollar una nueva práctica desde este ámbito. De nuevo parece central la cuestión de la democracia en los sindicatos, ya que es una experiencia general que la lucha por la defensa de la salud obrera se da cuando las preocupaciones e intereses de la base sindical tienen un peso importante en la formulación de las políticas sindicales (167).

En ambos casos, sin embargo, se ha mostrado indispensable abordar la problemática en dos vertientes, ya que aun

cuando las condiciones generales sean favorables para lograr un avance siempre se plantean simultáneamente la solución de problemas inmediatos y la reconstrucción de fondo de la práctica. Asimismo toda lucha por la defensa de la salud se da dentro de un marco legal previo que impone dar respuesta a cierto tipo de requisitos que no necesariamente están previstos en el marco de la medicina social. El más obvio y problemático es que prácticamente toda legislación sobre “riesgos profesionales” se basa en una concepción unicausal de la enfermedad. Si bien uno de los propósitos de la conformación de una nueva práctica es cambiar la legislación existente no se puede hacer caso omiso a su formulación actual en aras de un futuro mejor sino que es preciso estructurar una estrategia que a la vez satisfaga sus requisitos y apunte a su transformación.

Los Sindicatos: conocer para transformar

Los avances en la construcción de una nueva práctica respecto a la salud de los trabajadores y el papel de los planteamientos de la Medicina Social en ella se aprecia con particular nitidez en algunas luchas sindicales basadas en estudios propios realizados conjuntamente con grupos de profesionistas. Este creciente interés sindical tiene explicaciones tanto “objetivas” como “subjetivas”. Es decir, el acelerado proceso de industrialización de los últimos treinta años ha generado un nuevo proletariado industrial. Su constitución objetiva como clase se acompaña de su maduración subjetiva, que la lleva a plantear nuevas necesidades y la lucha por su satisfacción. El hecho de que un número creciente de sindicatos está impulsando estudios sobre salud muestra que han adquirido la capacidad de plantearse problemas complejos y encontrar nuevas soluciones a ellos. Resulta también significativo que la propia práctica de investigación con frecuencia se caracteriza por la participación protagónica de los trabajadores, sea por medio de la utilización del Modelo Obrero (168) u otras formas de recuperación de la experiencia obrera (169). La transformación de la práctica se prefigura, pues, desde el mismo proceso de generación de conocimiento reconstituyendo la unidad entre el concebir y ejecutar de la cual el obrero colectivo ha sido

despojado en el proceso de producción. Es significativo que la necesidad de que los trabajadores sean sujetos de la investigación y la práctica de transformación ha sido retomada en un documento de la OPS sobre vigilancia epidemiológica de la salud ocupacional (170).

Entre los estudios sindicales adquiere especial interés **“Los trabajadores de Altos Hornos en lucha por la defensa de nuestra salud”** (171), escrito por un sindicalista. Documenta las razones y el desarrollo de la lucha por la reducción de la jornada emprendida por los obreros de esta planta siderúrgica en 1982. El proceso de toma de conciencia de los trabajadores respecto a la situación se articula a partir de varios elementos: la comprensión de que la enfermedad y los accidentes no son sucesos aleatorios individuales sino una condición de la colectividad; la democratización del quehacer sindical y, con ésta, la posibilidad real de luchar y lograr cambios. Es significativo que la demanda planteada sea la reducción de la jornada, ya que expresa una comprensión integral de la relación entre el trabajo y la salud: en cuanto no es tal o cual riesgo que nos hace enfermar sino el conjunto de los elementos del proceso laboral la única defensa de nuestra salud es disminuir la exposición a él reduciendo la jornada. Otro testimonio del profundo conocimiento y el grado de complejidad con el cual algunos sindicatos abordan hoy la defensa de la salud obrera es el libro **“La muerte ronda en las fábricas”** escrito por un luchador venezolano (172). Abarca el análisis de las características del proceso de trabajo capitalista, de los riesgos específicos y los problemas políticos y prácticos involucrados en la lucha por la salud.

La demanda de reducción de la jornada como amortiguador de los efectos de un proceso laboral globalmente desgastante ha sido promovido por una serie de otros sindicatos, que la han basado en estudios concretos. Tal es el caso de los metroviarios de Sao Paulo, Brasil, (173) y los siderúrgicos de Sicartsa, México (174). En ambos estudios fue la recuperación de la experiencia obrera la que permitió comprender la gravedad del desgaste a partir de la interacción de las distintas cargas, así como la importancia de daños y molestias que no conforman “enfermedades” médicamente definidas. Una de-

manda similar fue planteado por el Sindicato Mexicano Electricista (175) al exigir la jubilación con 25 años de servicio para los trabajadores expuestos a riesgo eléctrico, ya que los obreros habían observado que éstos tenían una sobrevida menor que sus compañeros. Ante la negativa de la empresa a satisfacer la demanda el sindicato emprendió un estudio al respecto (176) mostrando que efectivamente hay una clara sobremorbilidad en éstos trabajadores por causas relacionadas con el estrés, que se traduce en una sobrevida disminuida.

Otro estudio sindical (177) realizado por el Sindicato de Telefonista de la República Mexicana se encaminó a apoyar la demanda de reglamentación de la prevención, curación y rehabilitación de los riesgos de trabajo de las operadoras. Se centró en mostrar la presencia de enfermedades relacionadas con el trabajo no reconocidas por la legislación laboral. Los datos recolectados documentan que efectivamente las hay. Otra serie de estudios sindicales con un enfoque médico-social se han desarrollado para sustentar demandas sindicales para los contratos colectivos o los reglamentos de higiene y seguridad por ejemplo en SOFASA (178), Colombia, y Aeroméxico (179) y el Sindicato de Costureras (180) en México.

Aunque no se inscriben directamente en la línea de la Medicina Social habría que mencionar dos luchas emprendidas contra riesgos específicos, ya que han suscitado una discusión pública muy relevante sobre la responsabilidad de las empresas y las instituciones estatales en los casos de la intoxicación masiva con sustancias industriales. Se trata del caso del benceño en COSIPA (181), Brasil, y del mercurio (182) en Maracay, Venezuela.

En el caudal de estudios sindicales y luchas por la defensa de la salud se está gestando una transformación a fondo de la práctica respecto a la salud de los trabajadores. Sin embargo, también ha mostrado que se tiene que vencer obstáculos importantes. Al sistematizar las experiencias mexicanas de la lucha sindical por la salud se encontró que la respuesta de las empresas ha sido tan similar que se puede hablar de una estrategia patronal al respecto (183). Varios de sus elementos

probablemente son generalizables a otros países latinoamericanos pero matizados por las condiciones específicas del movimiento obrero en cada caso. De esta manera, lo primero que llama la atención es la negación de la problemática hasta que el sindicato la plantea, a pesar de que en muchos casos ya existían estudios realizados por instituciones estatales que la documentaban. Una vez que se plantean demandas de salud casi invariablemente la empresa pretende contraponerlas con otras, generalmente de tipo económico, como por ejemplo la salarial o monetarizarlas.

Si el sindicato insiste la parte patronal intenta sacar la temática de salud de la negociación bilateral firmando acuerdos especiales. Estos suelen encargar a las instituciones estatales estudiar la situación para emitir un juicio científico "imparcial" respecto a la procedencia de las demandas. A menos de que el sindicato logre imponer que las investigaciones se planeen e instrumenten de común acuerdo son invariablemente desviadas al estudio transversal de algunos riesgos aislados, casi siempre los que ya están previstos en la legislación laboral. Esto significa la pérdida de un análisis integral de la relación trabajo-salud, que es lo que los sindicatos han intentado. Aparte de que los estudios "de conciliación" generalmente tardan mucho y no siempre tienen la calidad requerida, están enfocados de tal modo que apenas pueden desembocar en el reconocimiento de la violación de alguna de las normas establecidas o de la presencia de alguna de las enfermedades ocupacionales ya previstas por la ley en un grupo de trabajadores. Es decir, no permiten mover las estrechas fronteras legales de la salud obrera. Habría que subrayar que este tortuoso camino impuesto por las empresas y apoyado por las instituciones de salud o del trabajo, con frecuencia, ha estado salpicado por la represión; no son pocos los luchadores por la salud obrera que han sido despedidos.

Estos hechos confirman, por una parte, que el avance científico en un campo depende no sólo de sus dificultades intrínsecas ni de su relevancia social objetiva, sino de la inserción específica de su problemática en un campo de intereses contradictorios. Esta misma dinámica es, además, el contexto

dentro del cual se determina en qué medida y bajo qué modalidad se expresan los elementos de conocimiento en la práctica institucional. Si estas son las características generales del proceso científico y de la incorporación del conocimiento a la práctica, se advierte como se agudizan en el campo de la salud obrera por su ubicación en un campo de aguda conflictividad. Sin embargo, en cuanto el movimiento obrero se fortalezca social y políticamente y sea capaz de promover sus posiciones, logra contrarrestar estos obstáculos y se convierte en la punta de lanza de la nueva práctica (183). Hace falta, sin embargo, analizar sistemáticamente las luchas por la defensa de la salud obrera a fin de poder formular estrategias de política sindical más coherentes y eficaces.

A pesar de las dificultades que se han enfrentado para transformar las práctica de la salud de los trabajadores, siguen en aumento las actividades investigativas, educativas y de acción sindicales. De esta manera se está generalizando en América Latina la colaboración entre sindicatos y profesionistas para estos efectos bajo formas distintas. Tenemos como ejemplo la Escuela Sindical Nacional de Colombia; el Departamento de Salud en el Trabajo de la CUTV en Venezuela; el Departamento Intersindical de Estudios de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (DIESAT) y el Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana en Brasil; la Comisión Sindical de la Salud Laboral en Costa Rica; el Instituto Salud y Trabajo en Perú; el Programa de Economía del Trabajo en Chile; el Centro de Salud Laboral, Los Veteranos del Trabajo, la Oficina de Asesoría en Salud en el Trabajo y, la Maestría en Medicina Social UAM-X, en México; y varios organismos en Argentina. Todos realizan trabajo con los sindicatos. Además se ha logrado montar una estructura de coordinación latinoamericana entre ellos con la Red Salud y Trabajo. Esta misma tendencia se expresa también en la celebración de un número creciente de encuentros regionales, nacionales y continentales sobre la cuestión de la salud de los trabajadores y la publicación de boletines y revistas.

Hacia la Transformación de la Práctica Institucional

El proceso vivido en Brasil durante los últimos años es tal vez el ejemplo más significativo de una coyuntura política que ha permitido a la corriente de Medicina Social o de salud colectiva tener una influencia decisiva en la conformación de una nueva práctica institucional. Para entender este proceso habría que tomar en cuenta dos antecedentes particulares que son, por un lado, el gran auge del movimiento sindical y su democratización a fines de los setenta e inicios de los ochenta y, por el otro, el surgimiento del movimiento sanitarista antes del fin de la dictadura.

Una revisión del proceso brasileño, aunque sea sumaria, permite entonces establecer cuáles son las posibilidades y cuáles los problemas para hacer avanzar una práctica distinta en el marco institucional en un país donde no están cuestionadas las relaciones de producción capitalistas. Faltaría una revisión semejante de Nicaragua como ejemplo de un país en transición y Cuba como país socialista. Sin embargo, es en sí mismo un proceso de investigación ya que no disponemos de una literatura sobre ellos.

En la coyuntura de la transición democrática brasileña se plantearon dos terrenos de transformación institucional: uno inmediato ocupando espacios dentro de las instituciones de salud, de trabajo y de educación-investigación y otro en el ámbito legal centralmente para la formulación de la nueva constitución. Como es conocido miembros de la corriente de medicina social brasileña llegaron a ocupar puestos a distintos niveles en prácticamente todas estas instituciones con el gobierno de la Nueva República. Esto resultó en una gran cantidad de planes, programas y actividades. En el terreno de la investigación destaca la fundación del Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana en la Fundação Oswaldo Cruz, que está concebido como un centro de refe-

rencia científica nacional. Como ejemplo de programas interinstitucionales con la participación de las partes interesadas en el problema de la salud de los trabajadores -la sindical y la patronal- se puede mencionar la Comissao Interinstitucional de Saúde e Trabalho do Estado de Sao Paulo (184). Esta instancia agrupa a los ministerios federales de seguridad social y del trabajo; a las secretarías de la salud, del trabajo, del medio ambiente y el ministerio público a nivel estatal; las organizaciones patronales; las organizaciones sindicales y las universidades. Si bien este tipo de estructuras interinstitucionales y tripartitas existen en varios otros países latinoamericanos y por tanto no revela como tal una transformación institucional, su forma de funcionamiento y el contenido de sus programas permite percibir la influencia de los planteamientos de la Medicina Social. De esta manera se priorizan las necesidades sindicales por encima de las patronales. Asimismo se pone un énfasis muy importante en el proceso de fiscalización de los centros de trabajo con una participación sindical central previendo la necesidad de resolver el problema de capacitación para tal efecto. Por otra parte, los criterios de prioridad para abordar una problemática específica se basan en una concepción médico- social y no bio-médica; cuestión que además se expresa por el hecho de que la problemática derivada de la organización del trabajo tiene prioridad y no sólo los agentes específicos. Cabe señalar que la eficacia para los trabajadores de una instancia como ésta depende esencialmente de la capacidad sindical de hacerla funcionar en los términos propuestos, ya que su carácter institucional por sí mismo no lo garantiza.

Una polémica que ha adquirido importancia en el debate brasileño se refiere a la cuestión de si establecer centros específicos de salud del trabajador o integrarla como parte de los servicios territoriales horizontales (185). En espera de que se resuelva esta polémica se han establecido programas sobre la primera línea de los cuales el programa piloto de vigilancia epidemiológica de cinco enfermedades profesionales en Cubatão (186) es un ejemplo. En términos técnicos es un programa tradicional de vigilancia epidemiológica, pero en su funcionamiento los sindicatos desempeñan un papel central. Para ello

se ha intentado un acercamiento al problema desde los planteamientos del Modelo Obrero. Los responsables del proyecto señalan como problemas el hecho de que se trata de un programa no asumido institucionalmente a nivel estatal y las dificultades de encontrar personal con la competencia técnica requerida.

La transformación de la política sanitaria como paso necesario en la construcción de una nueva práctica requiere de una modificación de la legislación como expresión de una nueva relación de fuerzas a nivel de la sociedad. En este contexto la actuación de la corriente de salud colectiva de Brasil tiene una importancia grande. El primer hecho significativo respecto a su actuación en el campo legal es que asumió que tendría que ser un proceso democrático real desde abajo que permitiera la expresión de las posiciones populares. De esta manera en la 8a Conferencia Nacional de Salud organizada para poner las bases de la propuesta de legislación sanitaria para el Congreso Constituyente se decidió convocar a otras conferencias sobre problemas específicos. Una de ellas fue la 1a Conferencia Nacional de Salud de los Trabajadores celebrada en 1986, después de la realización de conferencias regionales, con participación de representantes de los trabajadores y las instituciones estatales involucradas (187). A pesar de que las organizaciones empresariales formaban parte de la comisión organizadora no se presentaron a la conferencia.

Las resoluciones adoptadas por estas conferencias reflejan la penetración de una serie de conceptos de la corriente de Medicina Social. En el terreno que nos ocupa se expresa por ejemplo en que se conceptualiza al campo de la salud de los trabajadores a partir del proceso de producción y la relación capital-trabajo que se establece en éste (188). De allí se deduce que una política de salud del trabajador tiene que estar articulada con una política laboral -penalizando su no cumplimiento- que reglamente las condiciones de trabajo y garantice los derechos del trabajador; con una política de desarrollo industrial y agrícola; debe desenvolverse solidariamente, lo que significa que se articule con una política del medio ambiente y urbana; debe tener como fundamento a las necesidades de

los trabajadores y por tanto considerar prioritariamente las propuestas colectivas de las organizaciones obreras; requiere del conocimiento de los perfiles patológicos diferenciales de las fracciones de clase a fin de establecer qué acciones emprender y necesita de una política de formación de recursos para crear la competencia técnica requerida para su instrumentación. Así una política democrática de salud de los trabajadores, según las resoluciones de la Conferencia, debe ser caracterizada por la gestión paritaria, la descentralización del sistema, la hegemonía del estado en el control y ejecución de las actividades de atención, la priorización de las acciones de prevención y la jerarquización y regionalización de los servicios (189). Resalta que varias de las propuestas ya están plasmadas en las políticas de salud en otros países latinoamericanos, como por ejemplo, México. La diferencia crucial no se encuentra, entonces, en la formulación del proyecto sino en las condiciones concretas de su instrumentación y la capacidad de hacer prevalecer los intereses populares. Está en el centro, pues, la diferencia entre la reforma desde arriba y la reforma desde abajo.

BIBLIOGRAFIA

1. Véase por ejemplo:
 - Franco Agudelo, S.: La salud y el trabajo, **Cuadernos Médico Sociales** n. 35, 1986, pp.15-24
 - Ganado, C.: El diagnóstico de la salud en la fábrica Hacia una ciencia proletaria de salud ? **Salud y Trabajo** n. 8-9, 1984, pp.13-25
 - Laurell, A.C., Márquez, M.: **El Desgaste Obrero en México**, ERA, México, 1983
 - Neffa, J.C.: **Proceso de trabajo, división del trabajo y nuevas formas de organización del trabajo**, INET, México, 1981

2. Véase por ejemplo:
 - Breilh, J., Granda, E.: **La Investigación de la Salud en la Sociedad**, CEAS, Quito, 1980
 - Betancourt, O.: La salud en el trabajo en el Ecuador **Salud y Trabajo** n. 8-9, 1984, pp.3-12
 - Castellanos, P.L.: Sobre el concepto de salud-enfermedad. Un punto de vista epidemiológico, **Cuadernos Médico Sociales** n. 42, 1987, pp.15-24
 - CSUCA: **Salud Ocupacional: Determinantes Histórico Sociales en América Latina**, Ponencia XII Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina, Tegucigalpa, 1981
 - CEBES: Ainda sobre processo de trabalho e saúde **Saúde em Debate** n. 11, 1981, pp.23-27

3. Marx, C.: **El Capital**, Libro I, Capítulo V, Siglo XXI, México, 1975
- Echeverría, B.: La "forma natural" de la reproducción social **Cuadernos Políticos** n. 41, 1984, pp.33-46

4. Confróntese por ejemplo: Breilh-Granda op cit y Laurell, A.C.: El carácter social del proceso salud-enfermedad y su relación con el proceso de trabajo en Ortiz, F. (ed): **Vida y Muerte del**

Mexicano, Folios, México, 1982, pp. 189-217

5. **Fernández Osorio, J., Tamez S.: Condiciones de Trabajo en la Pequeña y Mediana Industria, 2o. Seminario "Condiciones de trabajo en América Latina", CLACSO, México, 1979**
6. Véase por ejemplo:
-Breilh, J., Granda, E. et col.: **Ciudad y Muerte Infantil**, CEAS, 1983
7. Véase por ejemplo:
-Alvear, G., Ríos, V., Villegas, J.: **Condiciones de trabajo y salud de las costureras** *Salud Problema* n. 14, 1988, pp.25-39
-Echeverría, M., Franco Agudelo, S. et col: **La salud en DINA Cuadernos Políticos** n. 26, 1980, pp.77-89
-Facchini, L.A.: **Proceso de Trabajo, cambio Tecnológico y desgaste obrero: el caso del ingenio A. López Mateos**. Tesis de Maestría, UAM-X, México, 1986
-Laurell, A.C., Noriega, M.: **Proceso de trabajo y salud en Sicartsa Cuadernos Médico Sociales** n. 40, 1987, pp.25-47
-Márquez, M., Romero, J.: **El desgaste de las obreras en la maquila eléctrico-electrónica.** *Salud Problema* n. 14, 1988, pp.9-24
8. **Blanco, J., López A., O.: Clase Social y Región como categoría de análisis de la morbilidad** Ponencia III Reunión Nacional sobre la Investigación Demográfica en México, México, 1986
9. **Possas C.: Saúde e Trabalho** Graal, Rio de Janeiro, 1981
10. **García, J.C.: La categoría trabajo en la medicina, Cuadernos Médico Sociales** n. 23, 1983, pp. 6-17
11. **Samaja, J.: Lógica, biología y sociología médicas. Revista Centroamericana Ciencias de la Salud** n. 6-12, 1977
12. **Betancourt op cit**
13. **Ganado op cit**
14. **Leal, G.: Ensayo sobre el proceso de trabajo como modelo para la conceptualización de la relación entre trabajo y salud, (mimeo) UAM-X, México, 1979**

15. Gómez, G.: Proceso de trabajo y trastornos psíquicos en Tecla, A. et al: **Clase Obrera y Enfermedad**, IPN, México, 1982, pp. 185-243 -Salud y Trabajo, ENEP-UNAM, México, 1985
-Programa de Estudos Epidemiológicos e Sociais: **Questoes teóricas levantadas pelo projecto "Condições de Vida e Saúde Mental"**, Universidade Federal de Bahía, 1986 (mimeo)
16. La exposición de esta conceptualización sigue, cuando no se indica otra cosa: Laurell, A.C., Noriega, M.: **La salud en la fábrica ERA**, México, 1989
17. Laurell, A.C.: Proceso de trabajo y salud **Cuadernos Políticos** n. 17, 1978, pp.59-79
18. Coriat, B.: **Ciencia, Técnica y Capital** H. Blume, Madrid, 1976
19. Tambellini, A.M.: **Contribuição a Análise Epidemiológica dos Accidentes de Tránsito**, Tesis de Doctorado, Campinas, 1975, pp.55-60
20. Levins, R., Lowentin, R.: **The Dialectical Biologist**, Harvard University Press, Cambridge, 1985, pp.65-85
21. Tambellini, A.M.: **Contribuição para o Debate: Estudo da Saúde em sua Relação com o Processo de Produção**, Taller Latinoamericana de Medicina Social, Medellín, 1987 (mimeo)
22. Véase por ejemplo:
 - Almeida Filho, N.: **Doena mental y formação socio-cultural**. Nota metodológica, I Congreso de Saúde Mental, UNICAMP, Campinas, 1988
 - Campaña, A., Breilh, J., Granda, E.: **Deterioro mental en Obreros y Trabajadores de "Cuello Blanco"**, CEAS, Quito, 1987
 - Gómez op cit
 - Henao, S.: Salud mental y trabajo. **Salud y Trabajo** n. 6, 1983
 - Matrajt, M.: Hacia una nueva salud mental ocupacional en Rajchenberg, E., Teixeira, J. (ed): **Salud y Seguridad en el Trabajo en México**, Cuadernos del DEP, Fac. de Economía, UNAM, México, 1984
 - Martínez, C.: **Salud Mental, Trabajo y Crisis Económica**, Tesis de Maestría, UAM-X, México, 1979
 - Programa de Estudos Epidemiológicos.. op cit
 - Rodríguez, C.: **Psicosomática, Proceso de Trabajo y Salud**

- Mental** (mimeo), UAM-X, México, 1979
-Seligman, E. et al: **Crise Económica, Trabalho e Saúde Mental**, Trao Ed., Sao Paulo, 1986
23. Alvear-Ríos-Villegas op cit
24. Bourdieu, et al: **El Oficio de Sociólogo, Siglo XXI**, Buenos Aires, 1975
25. Véase por ejemplo:
-Galín, P.: **Las Condiciones de Trabajo y de Vida de los Trabajadores por Turno en el Perú**, CLACSO, 1982
-Urquiza, M.T.: **Análisis de las Condiciones de Trabajo en Empresas Autogestionarias**. Ponencia 3a. Reunión de CLACSO sobre Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo, México, 1982 (mimeo)
26. Véase por ejemplo:
-Hassan, A. et al: **Mercury poisoning in Nicaragua** *International Journal of Health Services* vol. 11, n. 2, 1978
-Pina Ribeiro, H., Lacaz, F.: **De que Adoecem e Morrem os Trabalhadores**, DIESAT, Sao Paulo, 1985
-**La Medicina del Trabajo al Servicio de los Trabajadores**, EUDEBA, Buenos Aires, 1974
27. Farias, M. et col: **Proyecto: Saúde y Tabalho Industrial** (mimeo), Sao Paulo, (s/f)
28. Duhart, S.: **Los Estudios Sectoriales como Visión Integrada de las Condiciones de Trabajo**, Ponencia del PET 1er Encuentro Internacional de ONGs que Actúan en el Campo de la Salud de los Trabajadores, Costa Rica, 1985
29. Tambellini, A.M.: **Factory and Health: a methodological essay**, Ponencia 2o Simposio Internacional de Epidemiología Ocupacional, Montreal, 1982. Informes preliminares de esta investigación fueron presentados como ponencias en el 3er Seminario Latinoamericano de Medicina Social en Ouro Preto, Brasil, 1984:
-Firpo, M., Bertossi, C., Tambellini, A.M.: **Estudo das relações técnicas do processo de trabalho em metalúrgica do Grande Rio**
-Andrade, J., Tambellini, A.M.: **Estudo das condicoes de vida e saúde das famílias dos operários metalúrgicos**
-Tambellini, A.M., Lima, S., Perez M.: **Accidentes de trabalho**

em empresa metalúrgica do Grande Rio

30. Véase por ejemplo:
 - Betancourt op cit
 - Ganado op cit
 - Laurell-Noriega La salud....
31. Oddone, I. et al: **L'Ambiente di Lavoro. La fabbrica nel Territorio** Ed. Sindicale Italiana, Roma, 1977
32. Laurell, A.C.: Ciencia y experiencia obrera **Cuadernos Políticos**. n. 41, 1984, pp.63-82
33. Véase por ejemplo:
 - Rodríguez, C. et al: Proceso de trabajo y condiciones de salud de los trabajadores expuestos a riesgo eléctrico **Revista Latinoamericana de Salud**, vol. 1, n. 2, 1982, pp. 41-72 -Tamez, S.: Una experiencia de lucha por la salud: STRM en Rajchenberg-Teixeira op cit
34. Laurell, A.C., Noriega, M.: **Trabajo y Salud en Sicartsa SITUAM**-Sección 271 Sindicato Minero, México, 1986
35. -Lozano, R.: **Una Experiencia de Participación Activa de los Trabajadores en la Investigación de Condiciones de Trabajo y Daños a la Salud, Tesis de Maestría, UAM-X, México, 1984**
 -Lozano, R., Noriega, M.: **Un Método para el Estudio de la Relación Trabajo-Salud, CICAST, México, 1984**
36. Véase por ejemplo:
 - Alvear-Rios-Villegas op cit
 - Facchini op cit
 - Fernández, J.L.: **Proceso de Trabajo y Salud en los Conductores de la Flecha Roja, Tesis de Maestría, UAM-X, México, 1988**
 - Izco, N., Palacios, M.: **Trabajo, Salud y Experiencia Obrera en el Metro, Tesis de Maestría, UAM-X, México, 1987**
 - Laurell-Noriega Trabajo y salud... op cit
 - López A., O., Martínez A., S., Moreno, C.: La relación salud-trabajo. El caso de la cooperativa Pascual. **Salud Problema** n. 13, 1987, pp. 7-25
 - Rangel, G., Flores, A.: Salud en el trabajo secretarial en la UAM, **Secuencias** vol. 7 n. 1 1988, pp.39-44
 - Tovalín, H., Lazcano, F.M.: **Condiciones de Salud en Operadores de Ruta-100** Ponencia Encuentro-Seminario.sobre Expe-

- riencias de investigación y vigilancia epidemiológica sobre salud de los trabajadores, UAM-X, México, 1987
37. Para un resumen de esta discusión ver: **Documento final de discusión del Encuentro-Seminario sobre experiencias de investigación y vigilancia epidemiológica sobre salud de los trabajadores.**
 38. Laurell, A.C., Noriega, M.: **Proyecto: La Validación de una Metodología Participativa para el Estudio de la Patología Laboral, UAM-X, 1986 (mimeo)**
 39. Véase por ejemplo:
-Cohn, A., Karsch, U., Hírano, S., Sato, A.: **Accidentes do Trabalho. Uma Forma de Violencia** Ed. Brasiliense, Sao Paulo, 1985 -Seligman op cit
 40. Véase por ejemplo:
-IBASE: **Saúde e Trabalho no Brasil**, Vozes, Petropolis, 1982
-Laurell-Marquez op cit
-Pina Ribeiro-Lecaz op cit
 41. -Echeverría, M.: **Trabajo y salud**, Ponencia 4o Congreso Latinoamericano y 5o Mundial de Medicina Social, Medellín, 1987
-Duhart op cit
 42. Alvear-Rios-Villegas op cit
 43. Véase por ejemplo:
-Cabral, J.C.: **Salud Ocupacional en la Producción Azucarera**, Programa Centroamericana de Ciencias de la Salud, CSUCA, San José, 1979
- Vinocur, P., Sepúlveda, J.: **Salud Ocupacional en el Sector-Bananero Centroamericano**, Programa Centroamericana de Ciencias de la Salud, CSUCA, San José, 1977.
 44. -Rodríguez op cit
-Tambellini Factory ... op cit
 45. Laurell-Noriega Proyecto Validación... op cit
 46. Farias op cit
 47. -Cohn op cit

- Seligman op cit
48. -Freyermuth, G.: **Stress y Fatiga en Médicos Residentes**, Tesis de Maestría, UAM-X, México, 1983
 -Laurell-Noriega Proyecto Validación... op cit
 -Farias op cit
 -Rodríguez op cit
49. Augusto, L.: **Benzolismo em Trabalhadores do Parque Industrial de Cubatao**, Cubatao, s/f
50. -Campana-Breilh-Granda op cit
 -Fernández op cit
 -Laurell-Noriega Proyecto Validación op cit
 -Farias op cit
 -Rodríguez op cit
 -Tambellini Factory ... op cit
 -Tovalín-Lazcano op cit
51. -Carlesso, E., Rodríguez, J.: **Proceso Laboral y Desgaste Obrero: El Caso de una Maquiladora de Procesamiento de Mariscos**, Tesis de Maestría, UAM-X, México, 1985
 -Echeverría, M.: **Enfermedades de los Trabajadores y Crisis Económica**, PISPAL, Santiago, 1983.
 -Echeverría-Franco op cit
 -Izco-Palacios op cit
 -Romero, J., Zubieta, M., Márquez, M.: **Proceso de Producción y Patrones de Desgaste en las Obreras de la Industria Maquiladora Electro-electrónica**, Tesis de Maestría, UAM-X, México, 1986.
52. Guélaud, F. et al.: **Para el Análisis de las Condiciones de Trabajo Obrero en la Empresa (Método LEST)**, INET-INDA, México, 1981.
53. Forni, F., Novick, M.: **La Especificidad de las Condiciones de Trabajo: propuesta metodológica y esquema de investigación**, Ponencia presentada a la Reunión de CLACSO sobre Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo, Lima, 1977.
54. -Neffa, J.C.: **Los Métodos de Análisis de las Condiciones de Trabajo**, Ponencia 3a Reunión de CLACSO sobre Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo, México, 1982.
 -Matheu, P.: **Informe sobre la Aplicación del Método LEST en**

- un Conjunto de Empresas de la República Argentina, Ponencia 3a Reunión de CLACSO sobre Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo, México, 1982.**
55. Para una discusión más exhaustiva de estos problemas véase: Laurell, A.C.: El estudio del proceso de trabajo y salud: análisis crítico de tres propuestas metodológicas **Revista Mexicana de Sociología** vol. 49 n.1, 1987.
 56. -Farias op cit
 57. Campos, F. et al: **Produção e Saúde**, Fundação de Desenvolvimento de Pesquisa, Belo Horizonte, 1982 (mimeo)
 58. Echeverría **Enfermedades de los Trabajadores...** op-cit
 59. Facchini op cit
 60. Rodríguez op cit
 61. -Laurell, A.C.: **Proceso de Producción y salud: una propuesta teórico-metodológica y técnica y su utilización en un estudio de caso**, Tesis de Doctorado, FCPS-UNAM, México, 1987
-Tambellini. **Health...** op cit
 62. Tambellini **Contribuição para o Debate...** op cit
 63. Laurell-Noriega **Trabajo y Salud...** op cit
 64. -Laurell **Proceso de Producción...** op cit
-Romero-Zubieta-Márquez op cit
 65. **ibid**
 66. Cuando no se indica otra fuente este apartado es un resumen de Laurell-Márquez op cit
 67. -Betancourt, O., Noriega, M., Cuellar, R.: **Los trabajadores Mexicanos y sus Condiciones de Salud**, DCBS, UAM-X, 1988
-Pina Ribeiro-Lacaz op cit
-Ibase op cit
 68. -Galín op cit
 69. Laurell, A.C.: **Condiciones de trabajo y desgaste obrero en**

González Casanova, P. (coordinador): **El Obrero Mexicano**, Siglo XXI, México, 1984

70. Pina Ribeiro-Lacaz op cit
71. Véase p.e.
-Laurell-Marquez op cit
-Pina Ribeiro-Lacaz op cit
72. Alvear-Ríos-Villegas op cit
73. -Carrillo, J.: "Maquiladoras: industrialización fronteriza y riesgos de trabajo. El caso de Baja California", **Economía: Teoría y Práctica** n. 6, 1984, pp.97-130.
-Mertens op cit
-Romero-Zubieta-Márquez op cit
74. Lipietz, A: Towards global fordism ? **New Left Review** n. 132, 1982, pp.33-47
75. -Duhart, S., Echeverría, M., Larrain, P.: **Diez Años de Regimen Militar: Efectos sobre los Trabajadores de la Construcción**, PET, Santiago, 1984
-Laurell Proceso de producción... op cit
76. **La Ocupación Informal en Areas Urbanas 1976**, SPP-STPS-PNUD/OIT, México, 1979
77. Farías, P., Echeverría, M., Herrera, G., Larraín, C.: **Industria Textil y del Vestuario en Chile**, PET, Santiago, 1987
78. Weinstein, J.: **Cuero y Calzado: Crisis Económica y Acción Sindical**, PET, Santiago, s/f
79. Duhart-Echeverría-Larraín op cit
80. Duhart, S., Echeverría, M., Larrain, P.: **Cambios en la Industria Gráfica**, PET, Santiago, 1985
81. Amador, R., Castro, N., McConnell, R.: **Concepto en Marcha: La Salud de los Trabajadores de León**, Ponencia 4o Congreso Latinoamericano y 5o Mundial de Medicina Social, Medellín, 1987.
82. Carlesso-Rodríguez op cit

83. Roldán, M.: Trabajo industrial domiciliario, subcontratación y dinámica hogareña en la ciudad de México en M. Novick (ed): **Condiciones de Trabajo en América Latina**, CLACSO-CONICET, Buenos Aires, 1987.
84. -Alvear-Ríos-Villegas op cit.
-Frias et col op cit
-Lacabana, M.: Trabajo domiciliario: un estudio de caso sobre empleo precario en la industria de la confección en M. Novick (ed): **Condiciones de Trabajo en América Latina**, CLACSO-CONICET, Buenos Aires, 1987
85. Lacabana op cit
86. -Frias op cit
-Alvear-Ríos-Villegas op cit
87. Alvear-Ríos-Villegas op cit
88. ibid
89. ibid
90. Romero-Zubieta-Márquez op cit
91. Carrillo op cit
92. Mertens op cit
93. Echeverría-Franco op cit
94. López-Martínez-Moreno op cit
95. Laurell-Noriega. Trabajo y Salud ... op cit
96. Zamudio, H.F.: **Los trabajadores de Altos Hornos en la lucha por la defensa de nuestra salud**, Cuadernos de Democracia Sindical, México, 1983.
97. Epelman, M., Fernández Osorio, J., Rodríguez, C., Lloret, A.: Estudio médico, psiquiátrico y fisiológico en trabajadores expuestos a riesgo eléctrico **Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud** n. 11, 1978 pp. 207-225

98. Terán, G. Espinosa, E., Herrera, C.: **Organización Social Proceso de Trabajo y Stress en la Empresa Eléctrica Quito S.A.**, Tesis de Maestría, Universidad Central, Quito, 1982
99. Rodríguez et col op cit
100. Campaña, A., Breilh, J., Granda, E. et col: **Deterioro Mental en Obreros y Trabajadores de Cuello Blanco**, Ponencia 4o Congreso Latinoamericano y 5o Mundial de Medicina Social, Medellín, 1987
101. Varios: **Proceso de Trabajo del Azúcar y Perfiles Patológicos**, UAM-X, México, 1981 (mimeo)
102. Ortega, J.: **Henequen y Salud**, Universidad Autónoma de Yucatán, Mérida, 1987
103. Cabral op cit
104. Vinocur- Sepúlveda op cit
105. **Los trabajadores temporeros en la agricultura Centroamericana**, Programa Centroamericano de Ciencias de la Salud, CSUCA, San José, 1983.
106. Izo-Palacios op cit
107. DIESAT-Sindicato dos Metroviarios de S. Paulo: **Trabalho e saúde em Funcionarios do Area Operativa do Metro de S. Paulo**, mimeo, Sao Paulo, 1986
108. Fischer, F.: **Estudo das condicoes de vida e trabalho dos Operadores de Trens, Supervisores e Inspetores Operacionais do Metropolitano de S. Paulo**, USP, Sao Paulo, 1986
109. Fernandez op cit
110. Tovalín -Lazcano op cit
111. Tamez op cit
112. Chavez, C.: **Condiciones de Trabajo en la Industria Telefónica** Fac. de Economía, UNAM, México, 1984

113. Freyermuth op cit
114. Rios, J., Tapia, E., de la Gálvez, A., Pando, R.: **Proceso Laboral y Morbilidad Mental en Trabajadores de la Salud**. Estudio de caso en el Hospital de Clínicas, mimeo, La Paz, 1987
115. Laurell Proceso de Producción... op cit
116. Véase por ejemplo:
 - Cohn et al. op cit
 - Da Costa, M.R.: **As Víctimas do Capital**, Achiamé, Rio, 1981
 - Laurell-Márquez op cit
 - Pina Ribeiro-Lacaz op cit
117. -DaCosta op cit
 -Laurell, A.C.: La reestructuración productiva y la salud de los trabajadores, **El Cotidiano** n. 20, 1987, pp. 386-390
 -Pina Ribeiro-Lacaz
118. Duhart-Echeverría-Larrain op cit
119. Véase p.c.
 -Laurell-Márquez op cit
 -Pina Ribeiro-Lacaz op cit
120. -DaCosta op cit
 -Pina Ribeiro-Lacaz op cit
121. Véase p.c.:
 -DaCosta op cit
 -Laurell-Noriega Proceso de trabajo... op cit
 -Faria, M.A. et col: Algunos aspectos sociais relacionados a ocorrência de acidentes do trabalho em município industrial: o caso do Cubatao. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional** vol. 11, n. 43, 1983
122. -Laurell-Márquez op cit
 -Pina Ribeiro-Lacaz
123. Véase p.e.
 -Laurell-Noriega Trabajo y Salud... op cit
 -Faria et col op cit
 -Restrepo, H., Rueda, M.: **Desempleo - Empresas Temporales y Accidentalidad Laboral**, Ponencia. Taller Latinoamericano de Medicina Social, Medellín, 1987

124. Gerencia de Seguridad Industrial, PEMEX: **Informe sobre el Estudio de Multiaccidentabilidad Laboral**, mimeo, México, 1984
125. DaCosta op cit
126. Faria, M.A. et col: **Saúde e trabalho: acidentes de trabalho em Cubatao** Revista Brasileira de Saúde Ocupacional. vol. 11 n. 42, 1983
127. Restrepo-Rueda op cit
128. -Cohn op cit
-DaCosta op cit
129. Alarcón, M. et col: **El Asbesto y la Salud en el Area Metropolitana de la ciudad de México**, Tesis de Maestría, Escuela de Salud Pública, México, 1986
130. Vargas, C., Salazar, N., Vimos, A.: **El Asbesto y el Deterioro de la Salud en el Ecuador**, Tesis de Maestría, Universidad Central, Quito, 1986
131. -Augusto op cit
-Varios: **Relatorio Estudio da Leucopenia**, Cubatao, 1985 mimeo
132. La Medicina del Trabajo al Servicio...op cit
133. Briseño, A.: **Políticas de salud y contaminación mercurial**, Tesis de Maestría, UAM-X, México, 1984.
134. Hassan op cit
135. Pina Ribeiro-Lacaz op cit
136. ECO: **Plaguicidas y salud Ecología Humana y Salud** vol. 5, n. 2, 1986
137. Franco Agudelo, S.: **El saldo rojo de los insecticidas en América Latina** Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud n. 20, 1981, pp. 35-54
138. -Benzekri, P.T.: **La problemática de los plaguicidas en el sector**

- agronómico, **Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud** n. 20, 1981, pp.31-34.
- Chediak, R.: Breves reflexiones sobre trabajo, transferencia de tecnología y sus repercusiones en el medio ambiente y la salud, **Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud**, n. 20, 1981, pp.23-30.
- Epelman, M.: Salud Ocupacional en el campo de los plaguicidas **Salud y Trabajo** n. 4, 1982
139. -Terán, G., Almeida, C., Navia, G.: Estudio de las intoxicaciones por plaguicidas en el hospital docente de Portoviejo **Salud y Trabajo** n. 10, 1985.
- Terán, G.: Plaguicidas y salud. **Salud y Trabajo** n. 11, 1987
140. Ayala, M., Dueñas, M.I., Carrera, Y.: Investigación de silicosis en canteras de la provincia Pichincha, **Salud y Trabajo** n. 3, 1982, pp. 10-14
141. Sánchez, J.D.: Silicosis y clase obrera regiomontana, **Salud Problema** n. 12, 1986, pp. 55-58
142. Terán, G. et col: Determinación ambiental del ruido y disminución auditiva en trabajadores de plataforma del aeropuerto. **Salud y Trabajo** n. 1, 1982 pp.19-28
143. Olaya, M., Molina, G., Torres, Y.: Enfermedades pulmonares en una industria textil, **Boletín de la Oficina Panamericana de la Salud**
144. Sánchez op cit
145. Ibid
146. Cantarell, A.: Alta tensión. Con los pelos de punta **Información Científica y Tecnológica** vol. 7, n. 103, 1985, pp.47-49.
147. Briseño op cit
148. Augusto op cit
149. Zamudio op cit
150. Véase por ejemplo:
-Echeverría Trabajo... op cit

- Epelman, M.: **Impacto de Nuevas Tecnologías sobre el Funcionamiento del Organismo Humano y la Salud** Ponencia 4o Congreso Latinoamericano y 5o Mundial de Medicina Social, Medellín, 1987
- Laurell La reestructuración productiva... op cit
- Novick, M.(ed): **Condiciones de Trabajo en América Latina. Tecnología, empleo precario y salud ocupacional**, CLACSO-CONICET, Buenos Aires, 1987
- Pina Ribeiro, H. Lacaz, F.: **A Crise Económica e a Saúde dos Trabalhadores**, DIESAT, Sao Paulo, 1984
- Sepúlveda, J.: Crisis y Salud de la Fuerza de Trabajo en Centroamérica **Salud y Trabajo** n. 10, 1985
- Seligman op cit

- 151. Laurell, A.C.: Crisis y salud en América Latina **Cuadernos Políticos** n. 33, 1982
- Seligman op cit

- 152. Echeverría-Franco op cit

- 153. Roldán op cit

- 154. -Márquez-Romero op cit
- Mertens op cit

- 155. -ibid

- 156. -Campana-Breilh-Granda op cit
- Laurell Proceso de Producción... op cit
- Rios-Tapia-de la Gálvez-Pando op cit

- 157. Gilly, A.: **México la larga travesía**, Nueva Imagen, México, 1985

- 158. Chiamonte, F.: **Sindacato, ristrutturazione y organizzazione del lavoro**, Ed. Sindacale Italiana, Roma, 1978

- 159. -Gilly op cit
- Harari, R.: **La Crisis del Capitalismo en la Industria en Argentina y Ecuador y la Función de los Sindicatos en la Lucha por la Salud de los Trabajadores**, Ponencia 4o Congreso Latinoamericano y 5o Mundial de Medicina Social, Medellín, 1987
- Noriega, M., Laurell, A.C.: Crisis, reconversión y salud en la

industria siderúrgica, **Salud Problema** n. 15, 1988

160. -Echeverría Enfermedades... op cit
-Novick op cit
-Seligman op cit
161. Véase por ejemplo:
-D'Arcy, C., Siddique; C.M.: **Unemployment and health International Journal of Health Services** vol. 15, n. 4, 1985, pp.609-635
-Grayson, J.P.: **The closure of a factory and its impact on health, International Journal of Health Services** vol. 15 n. 1, 1985, pp.69-93
162. Laurell La reestructuración... op cit
163. -Lacabana op cit
-Roldan op cit
-Mertens op cit
164. Hassan op cit
165. Echeverría Enfermedades... op cit
166. Facchini op cit
167. Laurell, A.C.: **The role of union democracy in the struggle or workers' health in Mexico International Journal of Health Services** vol. 19, n. 2, 1989 p. 279
168. Véase por ejemplo:
-Alvear-Rios-Villegas
-Izco-Palacios op cit
-Laurell-Noriega Trabajo y salud... op cit
-López-Martínez-Moreno op cit
-Lozano-Noriega op cit
169. Véase por ejemplo
-Ganado op cit
-Seligman op cit
170. Romero, A.: **Vigilancia Epidemiológica de la Salud Ocupacional** mimeo s/f
171. Zamudio op cit

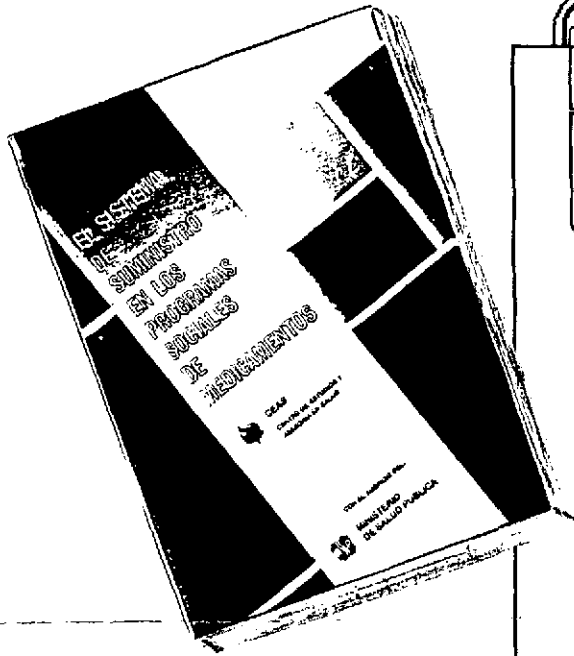
172. Hernández, L.: **La Muerte Ronda en las Fábricas**, Maracay, 1983
173. - DIESAT-Sindicato do Metroviarios op cit
- Seligman op cit
174. Laurell Proceso de Producción... op cit.
175. Cantarell op cit.
176. Epelman-Fernández-Rodríguez-Lloret op cit.
177. Tamez op cit.
178. Ganado, C.: **Condiciones de salud en la empresa SOFASA**, Tesis de Maestría, UAM-X, 1986.
179. Lozano-Noriega op.cit.
180. Alvear-Rios-Villegas op cit.
181. Augusto op cit.
182. Briseño op cit.
183. Menéndez, E.: **Proceso de Trabajo y Salud. Un Balance Provisorio** Ponencia 1er Coloquio sobre Crisis, Proceso de Trabajo y Clase Obrera, Xalapa, 1986.
184. CIST: **Plano Director da Comissao Interinstitucional de Saúde e Trabalho do Estado de S. Paulo**, mimeo s/f
185. Faria, M.: **Os Trabalhadores, Os Técnicos, Os Empresarios e a Reforma Sanitaria**, USP, Sao Paulo, 1986
186. Augusto, L., Haick, M.: **Vigilancia Epidemiológica. Instrumento de Controle de Nocividade Ambiental**, Ponencia 5o. Congreso Mundial y 4º Latinoamericano de Medicina Social, Medellín, Colombia, 1987.
187. Tambellini. A.M.: **Anotações para a Elaboracao de uma política Nacional de Saúde dos Trabalhadores no Brasil**, CESTEH-FIOCRUZ, Rio, 1987 (mimeo)

188. *ibid.*

189. *-ibid.*

**-DIESAT: Constituyente e saúde é o tema da VII SEMSAT
Trabalho e Saúde vol. 6, n. 13, 1986.**

¡ ULTIMAS PUBLICACIONES ... !



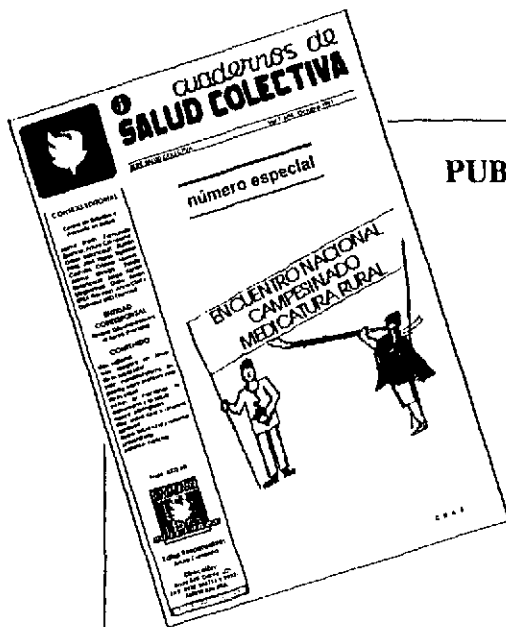
EL SISTEMA DE SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS EN LAS PRINCIPALES INSTITUCIONES Y PROGRAMAS DE SALUD DEL PAIS

Dar cuenta de la forma que asume el sistema de suministro, constituye el objeto problema sobre el cual gira el trabajo de investigación, sin embargo, con el fin de comprenderlo como un sistema operativo integral, se ha unido a la descripción de sus elementos constitutivos, el análisis de sus determinaciones inmediatas.

Dos son los niveles fundamentales que el estudio plantea para el análisis del suministro de medicamentos: Un nivel estatal general, a partir del cual se generan los determinantes políticos, jurídicos y financieros del comportamiento farmacéutico nacional y un nivel Institucional de gestión administrativa y ejecución operativa de las políticas nacionales traducidas en programas sociales.

Además, con la finalidad de romper con las limitaciones de algunos esquemas inflexibles, tradicionalmente utilizados en el análisis del proceso de suministro de medicamentos, el texto incorpora al estudio de los elementos teórico-explicativos, técnicos, operativos y farmacoterapéuticos, el análisis de la prescripción, adquisición, utilización y grados de satisfacción de las necesidades farmacéuticas de los usuarios, a partir de una investigación de sondeo de opinión. (325 pp)

Precio: Ecuador S/. 5.000 Exterior US \$ 7



PUBLICACIONES PERIODICAS DEL CEAS

CUADERNOS DE SALUD COLECTIVA

- Avances en Medicina Social
- Patrones de trabajo/consumo y salud
- Determinaciones de la salud enfermedad
- Relaciones entre clínica y salud colectiva
- Proyecciones prácticas
- Resúmenes bibliográficos
- Entrevistas
- Reportajes

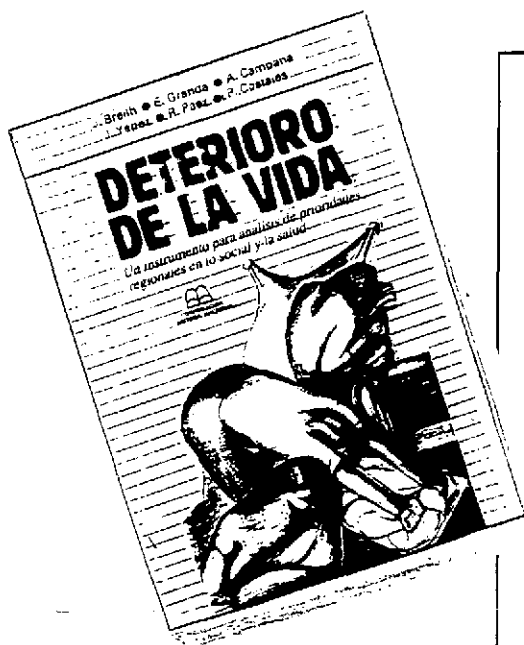
CUADERNOS DE SALUD DE LA MUJER

- Condiciones de vida y salud de la mujer
- Especificidad genérica
- Condición biológica
- Trabajo femenino
- Doble jornada y salud

Precio Suscripción: Ecuador S/. 3.000 Exterior US \$ 6



¡ ÚLTIMAS PUBLICACIONES ... !

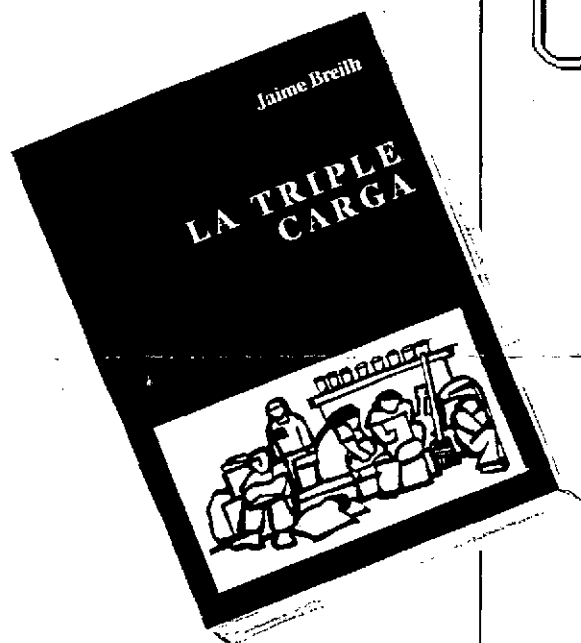


DETERIORO DE LA VIDA: Un Instrumento para análisis de Prioridades Regionales en lo Social y la Salud

El Deterioro de la Vida de las poblaciones latinoamericanas es un signo distintivo de la crisis económico social contemporánea. De allí la importancia de este libro, que es un serio aporte a la defensa de las condiciones de reproducción social, con un pensamiento innovador y líneas de planeación más creativas e informadas.

Presenta de modo inédito, una interpretación distinta de la producción y distribución de la enfermedad, integrando en el análisis criterios económico sociales, geoecológicos y biológicos. Para ello estudia la composición social de las distintas regiones y subregiones, observando las condiciones de trabajo y de consumo familiar, y vinculándolas al análisis de los efectos terminales en la salud. Dirigida a trabajadores de la salud, planificadores, científicos sociales, etc., esta obra es un importante instrumento de consulta e información para el análisis y formulación de prioridades regionales en lo social y la salud, y en donde los espacios y recursos para la acción no surgen solo del marco institucional, sino que tienen en cuenta las potencialidades de una participación popular organizada. (510 pp)

Precio: Ecuador S/. 17.000 Exterior US \$ 20



LA TRIPLE CARGA: Deterioro Prematuro de la Mujer en el Neoliberalismo

Asume el reto de contribuir al esclarecimiento de los conceptos y categorías necesarios para la investigación de los problemas del trabajo femenino, de la vida social de la mujer, sobre todo en lo que hace referencia al conocimiento de las determinaciones sociales de la calidad de vida y la salud femeninas, como un aporte para la formulación de políticas auténticas en el campo social y sanitario. En lo general, la obra comienza por ubicar la lucha de la mujer en la construcción de un nuevo ser humano, en la coyuntura adversa y regresiva del neoliberalismo. Aborda la discusión conceptual de categorías como "sexo", "género" y "clase", así como el análisis de los procesos de la reproducción social, y del trabajo insertado y doméstico específicamente, que determinan el desarrollo biológico del fenotipo femenino y el deterioro del mismo.

La Triple carga es una obra polémica y suscitadora, que parte en su ciclo del conocimiento científico y termina en la formulación de propuestas alternativas para lo social y la salud, constituyéndose en un aporte más de la línea de producción del CEAS.

Es un libro escrito con apasionamiento por la defensa de la mujer. "Más allá de la identificación del autor -un hombre de ciencia- con una visión igualitaria de la sociedad y del anhelo por un mundo más justo, está la honda convicción de que una parte decisiva de la utopía de un mundo mejor será la vigencia plena de las capacidades postergadas de la mujer. Cuando ese mundo advenga se hará totalmente visible la enorme magnitud del error más grande de la sociedad machista y patriarcal: el haber confundido diversidad biológica con inferioridad natural y haber colocado entre paréntesis el potencial particular con que la mujer aporta, y aportará aún más, a nuestra profunda liberación" (92 pp)

Precio: Ecuador S/. 4.000 Exterior US \$ 4

DEBATES

en

MEDICINA SOCIAL

En las actuales condiciones de vida de las poblaciones latinoamericanas se ha acrecentado el reto de innovar los conceptos, métodos y formas de práctica en salud. La inédita complejidad y congestionamiento de los problemas plantean a los profesionales e investigadores de la salud y científicos sociales, el desafío de consolidar un nuevo y dinámico quehacer.

La presente obra recoge y analiza la tarea que han cumplido más de una veintena de núcleos latinoamericanos frente a ese desafío de transformar el conocimiento y la acción. A partir de una extensa y profunda revisión de trabajos y propuestas, configura un estudio del "estado del arte" en el campo de la Medicina Social o Salud Colectiva, convirtiéndose en un referente de enorme valor para quien necesite conocer los avances teóricos, instrumentos y proposiciones prácticas que la corriente latinoamericana ha producido.

Fruto de un esfuerzo internacional e interdisciplinario, los trabajos que aquí se recopilan cumplen con la necesidad de evaluar logros, establecer regularidades, puntos comunes, inconsistencias, posibilidades y prioridades de acción, asumiendo el máximo horizonte de visibilidad posible y siempre desde la perspectiva de las demandas urgentes de la necesidad popular.

Debates en Medicina Social trata en definitiva de "juzgar lo producido como recurso de perfeccionamiento del quehacer, de la lucha por la defensa y transformación de la vida, como elemento de la formulación científica de la necesidad social y de los problemas masivos y urgentes de salud".



ORGANIZACION PANAMERICANA
DE LA SALUD



ASOCIACION LATINOAMERICANA
DE MEDICINA SOCIAL