
Artículos Base



La Universidad y las prácticas en Medicina Social en América Latina*

*Saúl Franco A.***

Introducción

La medicina social no es una profesión. Ni una especialidad. Ni existe un campo profesional específico, ni, en consecuencia, un profesional socialmente reconocido como médico social. Los que nos hemos formado en esa área nos desempeñamos como lo que éramos antes: epidemiólogos, antropólogos, odontólogos, estadísticos, profesores universitarios, médicos generales como impulsores -un tanto quijotescos a veces- de áreas novedosas o menos trabajadas: investigación, educación en salud, asesorías, sociología médica, salud de los trabajadores. Sin embargo, hay cada vez más personas preocupadas con el campo de ciencias sociales y salud, o de salud colectiva -como acostumbran decir en Brasil o de medicina social, como decimos generalmente en el resto de América Latina. Rigurosamente no es lo mismo hablar de ciencias sociales y salud que de medicina social. Podría incluso decirse que aquellas son una de las bases teóricas y de los campos de trabajo de ésta. Habría que revisar con cuidado hasta dónde llega la identificación conceptual y de prácticas de la salud colectiva con la medicina social. Existe una discusión relacionada con la inconveniencia del término medicina social que aparece muy identificado con la práctica de los médicos y, en consecuencia, propicio para mantener una

* Material presentado en la Reunión del Grupo Básico II.
Universidad y prácticas de Salud en América Latina. Santo Domingo, República Dominicana del 19 al 23 de marzo de 1990.

**Consultor OPS
Coordinador General Asociación Latinoamericana de Medicina Social.

de las hegemonías que justamente quiere superarse. Consciente de las limitaciones de cada una de las denominaciones, y manteniendo abierta la discusión hacia la búsqueda de una categoría y denominación más adecuada, opté por trabajar en este artículo con la medicina social (MS). No me refiero con ella a una profesión e especialidad particular sino a una manera de entender e interpretar los problemas de la vida humana, de la salud, de la enfermedad y de la muerte, desde una perspectiva, una lógica y unos métodos que integren realmente su naturaleza biológica-social y las implicaciones que esto tiene tanto en la práctica teórica como en las demás prácticas sociales en que se expresa. En este sentido pienso que el término comprende también los territorios incluidos bajo las otras dos denominaciones antes enunciadas.

El espacio académico, y en especial la Universidad, han sido instancias importantes en la gestación y crecimiento de esta manera de pensar y actuar en salud. Posiblemente sean tres las áreas a partir de las cuales la Universidad cumple su papel al respecto: en la producción de conocimientos; en la generación de modelos de práctica; y en la formación de personal con bases teóricas, aptitudes y actitudes coherentes con el enfoque. Cada área merecerá consideraciones en este material, de conformidad con el tema en discusión.

Y una última nota introductoria. Si como se dijo anteriormente, la medicina social es un esfuerzo por aproximar las prácticas y la naturaleza también histórico-social de la vida humana, la muerte y los procesos intermedios de salud-enfermedad, no es un campo estático ni aislado. Está esencialmente articulado a las transformaciones históricas que acontecen en la sociedad. Y en la actual, tales transformaciones se están dando a ritmos acelerados y con trayectorias que superan los esquemas y proyecciones teóricas.

No existe ni una interpretación ni una práctica médico-social única, universal e intemporal. Su tarea es exactamente una permanente búsqueda intelectual que permita, comprendiendo las coordenadas históricas en que se hacen posible la vida y la muerte humanas, emprender caminos y construir alternativas de respuesta social. Y ni la interpretación ni las alternativas pueden ser las mismas cuando no sólo ha cambiado el escenario y los actores sino, posiblemente el guión mismo de la obra en ejecución. En América Latina por ejemplo, sobre injusticias y desigualdades centenarias, se sintieron con especial rigor los efectos de la crisis económica, social y de valores del sistema dominante en la región. Crisis que no sólo no ha sido superada, sino que sigue distribuyendo sus peores saldos sobre los hombros de los sectores económicamente más débiles y de gobiernos a los cuales igual se les imponen políticas que se les invade militar-

mente. Todo en nombre de la libertad y de una democracia formal reducida a un esporádico rito electoral selectiva y celosamente vigilado, mientras la marginación, la exclusión y la violencia política constituyen la cotidianidad de los países, sin que aquello sea considerado como injusticia institucionalizada y antidemocracia real. El reciente revés electoral del Frente Sandinista en Nicaragua nos plantea preguntas cuyas respuestas ni dan espera ni podrán dejar idénticas nuestras prácticas.

Nuevos hechos están modificando también el escenario a nivel mundial. La emergencia de una nueva superpotencia económica, la ruptura de las fórmulas de equilibrio de postguerra -expresada también en la caída del muro de Berlín- y los profundos y aún impredecibles cambios que están ocurriendo en el mundo socialista con los consiguientes cuestionamientos sobre las prácticas políticas y económicas del modelo, son algunos de los indicadores de procesos aún insuficientemente desarrollados pero que obligan a pensar tanto en elementos aún no totalmente comprendidos, como en la necesidad de nuevas búsquedas.

Si los escenarios de las prácticas en salud fueran sólo los consultorios, los quirófanos, los hospitales, los laboratorios y las universidades, lo anterior sería una innecesaria alusión al medio externo. Pero como es también en esos espacios del poder, del saber, de la política, de la economía en donde vivimos y morimos, nos enfermamos y nos curamos, o, mejor aún: son ellos los que hacen más o menos posible la salud y la vida, entonces es necesario integrarlos al análisis y a las líneas de tendencia si se quiere que la medicina social realmente lo sea y cumpla un papel que la legitime en el cambiante escenario internacional.

Tratando de no repetir historias ya contadas y de unir las consideraciones del pasado a la descripción del presente y a algunas insinuaciones hacia el futuro, pretendo solamente enunciar en seis puntos algunas las reflexiones sobre configuración y ejercicio de las prácticas médico-sociales en América Latina, sobre el papel que al respecto cumple la universidad y sobre las perspectivas visibles en el área en este final de siglo.

Las huellas del preventivismo

Fue a través del elemento "ambiente" de la tríada ecológica que alimentó el modelo de prevención, por donde entraron en la década del cincuenta algunas consideraciones sociales en la conceptualización aún dominante de la salud. Aún hoy, casi cuatro décadas después, e inclusive ya delimitadas las diferencias de forma y de fondo, tanto el esquema preventivista continúa recibiendo las influencias de los desarrollos marcadamente sociales, como buena parte del enfoque socio-médico continúa sin romper totalmente con esa herencia en dos aspectos principales.

En primer lugar: coherente con el modelo global del que hace parte, el preventivismo se centra exactamente en la prevención de las enfermedades. El protagonista del modelo es la enfermedad, y el objetivo prevenirla. Lo que no sea enfermedad, queda fuera de foco, no es específico. En su configuración, la medicina social no ha escapado totalmente a este morbicentrismo con las consiguientes limitaciones para integrar como propios, temas no morbidos (estado y políticas de salud, la vida humana y sus condiciones de realización, la muerte humana como acontecimiento social, la historia de la salud, entre otros). Se puede decir, inclusive que a la MS le ha faltado tomar su propio vuelo por estos espacios, algunos casi inexplorados por centrarse en una disputa no siempre bien planteada con la racionalidad clínica y sus terapéuticas frente a las enfermedades. El morbicentrismo no es sólo conceptual, determina también campos de actividad, espacios propios de la acción, técnicas y procedimientos adecuados, y un orden jerárquico que culmina, obviamente, en el médico como depositario del saber y de las conductas específicas. Un orden centrado en la medicina, el hospital, el laboratorio, y la terapéutica.

En segundo lugar, en la tríada clásica, el ambiente es algo externo a la intimidad sujeto-agente en la que se materializa el contagio, la transmisión o la continuidad del evento patológico. Y si es externo el ambiente natural, mucho más lo es el "ambiente" económico-social. Por la herencia preventivista y por las dificultades para entender la complejidad bio-social, esta mirada externa no siempre ha podido ser superada. Se evidencia, por ejemplo cuando en ocasiones terminan por aceptarse determinaciones "en última instancia" de lo social sobre lo biológico al abordar las cuestiones de causalidad y determinación; o cuando en discusiones epidemiológicas sobre un discurso rigurosamente biológico-cuantitativo, se agregan consideraciones en las que "lo social y lo económico" aparece más como escenario que como acontecimiento; o en los esfuerzos multidisciplinarios que muy a pesar de sus autores terminan solamente en aproximaciones.

Desarrollar una lógica de pensamiento en la cual la historicidad de los eventos que conforman el proceso vital humano sea el eje que articula y no la nota marginal e insignificante, y en la que el centro no sea la enfermedad y sus espacios, sino la vida y la salud, continúa siendo una tarea prioritaria no sólo en la superación de las huellas preventivistas, sino en el conjunto de la configuración del campo médico-social.

Las rupturas incompletas

La construcción del campo de conocimiento que también es la medicina social, se ha hecho en parte mediante la

ruptura y confrontación con otros campos o enfoques, a partir de las cuales se delimita una temática, una lógica y una metodología propias. Por la naturaleza misma del campo tratado, las rupturas han tenido que ser, de un lado, con el modelo médico dominante (y sus consiguientes bases ideológicas y teórico-metodológicas) y, de otro con algunas corrientes de las ciencias sociales. Algo se dijo anteriormente en relación al modelo médico. Y en el campo de las ciencias sociales y las llamadas ciencias de la conducta, el deslinde se ha hecho en especial con el positivismo sociológico, con el funcionalismo y con el conductismo. Los debates están suficientemente documentados al igual que los esfuerzos de construcción alternativa. Es válido, no obstante, un interrogante frente a las rupturas con las corrientes anotadas de las ciencias sociales y de la conducta: ¿no habrá sido una ruptura más ideológica que teórico-metodológica? La pregunta es posibilitada tanto por el análisis de las críticas hechas desde la medicina social a cada uno de dichos campos, como por los avances aún vacilantes en la creación o utilización de alternativas. Si rigurosamente la respuesta fuera que hasta ahora ha sido mayor el debate ideológico que la discusión y la construcción teórica-metodológica, estaríamos -y creo que estamos- ante otra urgencia y orientación para el trabajo próximo: sin arriar las banderas del debate ideológico, hay que profundizar con mayor objetividad y conocimiento de causa en las discusiones científicas y en la confrontación metodológica. No basta una guerra de descalificación. Ni podemos hablar de la racionalidad bio-natural de hoy con el referente de la parasitología decimonónica. Necesitamos conocer los paradigmas y las temáticas de la cientificidad hoy dominante tanto en las ciencias sociales como en las naturales, para poder debatirlas y -cuando sea el caso- ayudar a señalar sus desviaciones y sus fronteras.

Si las rupturas son incompletas en los planos anteriormente dichos, esto impacta lógicamente también las diferentes prácticas, tanto de investigación como pedagógicas e institucionales. El contraste repetidamente anotado entre los marcos conceptuales y la metodología realmente aplicada en muchas de las investigaciones que pueden considerarse de enfoque médico-social, ejemplifica bien las vacilaciones e insuficiencias señaladas. Y también aquí hay todavía un largo camino por recorrer. La transformación del trabajo de investigación intentando levantar nuevos temas y revalorizar otros; construir objetos de conocimiento de prioridad social y vigilar el rigor de todo el diálogo con la realidad, es apenas un ejemplo de los retos que se requiere seguir enfrentando si se mantiene como meta una construcción no sólo ideológicamente fuerte, sino también cuidadosamente elaborada en su textura teórica y metodológica.

Presencias y ausencias en los pregrados

No fue el enfoque médico-social el que llevó las ciencias sociales a las escuelas de medicina y de las demás profesiones afines a la salud. En general entraron de la mano del conductismo, que buscaba entender aspectos del comportamiento individual que influyen sobre la salud, y del positivismo sociológico, interesado en complementar las explicaciones biológicas y de asimilar las técnicas de la sociología para entrevistar, levantar encuestas y motivar la participación más activa de las comunidades. De esto hace unos cuarenta años, y el modelo preferido fue la creación de los departamentos de medicina preventiva y social o la introducción en ellos de disciplinas comúnmente conocidas como ciencias de la conducta. En la medida en que se fue configurando una especie de corriente médico-social se planteó el debate con el funcionalismo y se trató de transformar la orientación de los departamentos de medicina preventiva, agregándose en algunos casos, para confirmar la presencia, el calificativo de medicina preventiva y social. La estrategia era realista y buscaba llegar en un momento oportuno del proceso formativo, en especial de médicos y, en menor escala, de enfermeras y odontólogos. Pero ni el enfoque era hegemónico, ni fue creativo en las formas y modelos pedagógicos, tampoco innovó las temáticas o alteró la disciplinabilidad. Apoyó sí la intensificación de cátedras de sociología y antropología médica, fue tratando de influir en la conceptualización primero de la epidemiología y luego también de la administración y la planificación de servicios de salud, encontró campo propicio en la investigación en salud, espacio en el cual ha logrado algunas de sus mejores realizaciones.

Unido como estaba a la suerte de las disciplinas y los departamentos que lo apoyaron o lo soportaron, este enfoque ha sufrido también el progresivo desgaste, marginación y relativo descrédito de algunos de ellos. El desgaste no es exclusivo de los departamentos de medicina preventiva y social, sino que se extiende a otros departamentos y a los currícula en su conjunto. La generalización del desgaste no exime de la búsqueda de explicaciones ni, menos aún, de la construcción de alternativas. Así el sometimiento al esquema de departamentos; reducción de los contenidos de un enfoque global a contenidos disciplinares tradicionalmente metódico, aislamiento de los contenidos en relación con los problemas reales; teorismo irreconciliable con las urgencias y el clima pragmático de la clínica, inconsistencias en los contenidos y escasez de personal con capacidad básica y adecuada aproximación a los problemas específicos; marcada preocupación por los estudiantes de medicina, menor interés por otras profesiones del área de la salud, y ausencia casi total en el proceso formativo del

personal de ciencias sociales; presencia dominante en el espacio universitario y consecuente ausencia, casi total, tanto del hospital como de los demás campos de transmisión del conocimiento y de realización de la práctica, son algunas de las razones o de los fenómenos aducidos cuando se trata de analizarlos por qué del resultado crítico del esfuerzo por dar mayor presencia a las ciencias sociales y al enfoque médico-social en la formación del personal profesional del área de la salud. Resultado preocupante tanto por la evaluación y el ambiente prevaleciente sobre los departamentos respectivos, como por las actitudes, actividades y orientación general de los egresados de las escuelas.

Hace tiempo que estos problemas preocupan a cada vez más personas e instituciones interesadas. Falta sistematizar más la información disponible, levantar otra y analizarla toda. Y es urgente arriesgarse a ensayar respuestas y explorar caminos. Los pregrados, con todo, continúan siendo una de las áreas más propicias para tratar de permear los contenidos y las actitudes. Pero, si no somos capaces de identificar y aplicar las formas más adecuadas de hacerlo, seguirán siendo también un campo fecundo para sembrar y cultivar resistencias casi insuperables después para cualquier enfoque médico-social.

Medicina social en los posgrados de Medicina Social

Desde su creación, varias Escuelas de Salud Pública o departamentos que impartían cursos de educación de posgrado en el área incluyeron en su currículum a las ciencias sociales. Si bien su inclusión a nivel de posgrado ha tenido características similares a las de pregrado, es preciso resaltar que dado el énfasis investigativo de los posgrados, se logra mayor penetración cuando a lo largo del proceso investigativo se trabajan más los contenidos y el arsenal metodológico de las ciencias sociales. Al igual que con los pregrados, existe también preocupación por tener mayores elementos descriptivos y evaluativos de lo que está aconteciendo con esta forma de transmisión del conocimiento y de intento de mayor presencia médico-social en el campo de la salud pública.

En la década de los setenta se estimó que existían la conveniencia y las condiciones para instrumentar programas específicos de posgrado en ciencias sociales y salud o medicina social en varios países de América Latina. Las dos experiencias más conocidas son las de la Universidad Estadual de Río de Janeiro, en Brasil, y de la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, de México.

A diferencia de los departamentos de pregrado o de los posgrados de salud pública en donde se llegaba tarde, marginal y, en ocasiones, conflictivamente, en los pos-

grados específicos se intentó desde un principio tomar iniciativas innovadoras en el campo pedagógico, superar en lo posible la organización por disciplinas, articular el proceso mediante módulos, seminarios y programas de investigación, optar por temas de prioridad sanitaria nacional o regional, apoyarse sólidamente en los aportes y posibilidades de materialismo histórico, y priorizar la formación de masa crítica a la de cuadros técnicos funcionales con el modelo vigente y con las urgencias operativas y administrativas.

No es objeto de esta discusión formular una evaluación de los posgrados. Posiblemente una auto-evaluación de ellos mismos dará mucha luz al respecto. Preliminarmente, sin embargo, podemos plantearnos, con base en la experiencia directa e indirecta, preguntas como las siguientes para avanzar en los objetivos de este material. ¿Será conveniente mantener una cierta profesionalización de la MS, como de hecho se hace con los programas de maestría? Desde otro ángulo, la misma pregunta: ¿Se requiere realmente una profesión denominada medicina social, o sus equivalentes? ¿Cómo adecuar mejor el proceso formativo, los contenidos y las prácticas pedagógicas utilizadas a los requerimientos del profesional pensado? Y si la respuesta a las preguntas originales fuera negativa, entonces: ¿Qué alternativas instrumentar para lograr la formación de masa crítica en el área? ¿Qué temas o problemas médico-sociales merecen tan especial relevancia que ameriten su trabajo intensivo en niveles superiores de investigación y estudio? ¿Cómo formar al personal requerido para responder a las reformulaciones de transmisión de conocimiento y formación de actitudes médico-sociales tanto a nivel de la sociedad en general, como del personal profesional en los campos tradicionales de salud y de ciencias sociales, así como de personal de alto nivel?

Eventualmente la respuesta a preguntas preliminares del tipo: ¿Qué hacen hoy los egresados de las maestrías de MS? ¿Cuál es su utilidad social, sus aportes investigativos, conceptuales, pedagógicos y operativos? ¿cuáles los principales vacíos que identifican en su formación de posgrado? podrían ayudar a preparar el camino para las otras respuestas y para posibles propuestas.

Los posgrados no han producido sólo personal. Han servido como núcleo generador de ideas y de programas y líneas de investigación en el área. Al mismo tiempo, parte de la acción de los egresados ha sido la creación de núcleos, centros y grupos de trabajo que han tratado de ayudar a la comprensión de la problemática sanitaria de los países y a la construcción y circulación del conocimiento. En este último campo ha sido también importante la creación y persistencia de varias revistas y publicaciones periódicas, algunas vinculadas a los posgrados y otras a los núcleos y centros relacionados con la temática. Y

estos campos de la producción merecen también consideración al evaluar los posgrados. Repensar los posgrados -los existentes y los que actualmente se proyectan- y a partir de una discusión abierta y seria llegan a propuestas coherentes y viables de reafirmación, rectificación o transformaciones substanciales, es otra de las tareas pendientes en el campo médico-social regional.

La medicina social extra-universitaria

Hasta aquí la MS aparece como una práctica teórica, predominantemente universitaria, ligada al espacio académico y sin articulación alguna con otros campos. ¿Tiene realmente la MS algo positivo que aportar en los terrenos no universitarios en los que fundamentalmente se debate, se desenvuelve y resuelve la problemática de la vida, de la muerte, de la salud y la enfermedad? Y, para los efectos específicos de éstas reflexiones: ¿qué papel corresponde a la universidad en la configuración, legitimación y ejecución de tales prácticas?

Hay saberes que se realizan en una práctica específica, profesional, excluyente. El saber médico-quirúrgico, por ejemplo, se realiza en el diagnóstico pero, sobre todo, en la intervención: extirpa, injerta, desobstruye, transplanta, extrae, introduce, recanaliza, amputa. Y esas acciones en los humanos son patrimonio social del cirujano. La MS no se realiza en una única práctica. No es una práctica particular, específica, excluyente. Si teóricamente es un enfoque, un conjunto de dimensiones de la realidad de la vida y la salud como acontecimientos sociales, en la práctica debe traducirse entonces en una manera de abordar y actuar ante las situaciones y los problemas en que tales dimensiones y acontecimientos se nos presentan. Igual se hace entonces medicina social cuando se intenta contribuir a transformar la educación en salud en función de los contenidos y enfoques enunciados, que cuando se participa activamente en la lucha por ordenamiento sanitario legal que responda mejor a las condiciones más favorables para la vida y la salud, que cuando se laboran y socializan nuevos problemas que alteran la realización de la vida y la salud en la sociedad y se construyen alternativas colectivas. Trabajar sistemáticamente, por ejemplo, en entender las relaciones del proceso de trabajo en sus diferentes momentos con la manera y las posibilidades de enfermar, reproducir, realizarse o morir de los trabajadores, poner en sus manos el conocimiento generado con ellos y contribuir a emprender las acciones más adecuadas de defensa promoción, o reivindicación, es una forma concreta de hacer medicina social. Dicho en términos más globales: toda acción que, partiendo del reconocimiento del protagonismo social en el conjunto del proceso vital humano como proceso eminentemente social, se oriente a abrir espacios de conocimiento o de

práctica social hacia la búsqueda de su mejor realización, superando los círculos de la respuesta clínico-individual y de la reducción bio-natural del proceso, puede calificarse como práctica médico-social. No es entonces una nueva o vieja profesión, como se anotó al iniciar estas reflexiones. Y si se ha recurrido -y eventualmente continúa recurriéndose- a una cierta especialización, debe ser sólo en la medida necesaria para consolidar núcleos teóricos, abordar nuevas áreas y ayudar a configurar nuevas prácticas sociales, y para formar la masa crítica necesaria para impulsarlas tanto dentro como fuera de los espacios universitarios.

Socializar en lugar de profesionalizar la medicina social

De las reflexiones anteriores se desprende que hacia el futuro la realización histórica de la MS en lugar de depender de su profesionalización va a serlo de su socialización, de la capacidad de convertirla en contenidos y actitudes a partir de las cuales los grupos, las clases, las instituciones y los individuos piensen y se comporten ante los grandes y los pequeños problemas relacionados con la sobrevivencia individual y colectiva, con la construcción de condiciones de justicia y democracia que permitan garantizar existencias placenteras, creativas y con el mínimo de dolor y sufrimiento, y con la temática de la muerte en su realidad también social.

Entonces la MS no es un rival o una negación de las prácticas profesionales hoy existentes en el campo considerado de la salud. La rivalidad nace cuando se entra en el juego de la profesionalización y en la apropiación de un territorio excluyente. Los grandes problemas ya existentes y los que amenazan la vida de la especie humana y sus condiciones de existencia, no parecen demandar un nuevo profesional o especialista en medicina social.

Más que de médicos sociales, la necesidad social parece ser de conciencia y acciones médico-sociales. El nombre, inclusive, es secundario y posiblemente será reemplazado justamente para desmedicalizar la medicina social.

Si la universidad forma médicos, enfermeras y odontólogos sociales, no ha de ser en el camino sin salida de la profesionalización y de las luchas de sobrevivencia en un estrecho y competitivo mercado de trabajo. Ha de ser en la perspectiva ya esbozada de preparar monitores, impulsores y masa crítica que estimulen la socialización de las prácticas y contenidos, de los enfoques y actitudes que expresen el carácter e implicaciones de entender la vida y la muerte, la salud y la enfermedad como realidades sociales. No soñamos ni defendemos entonces una nueva práctica profesional, ni una anti-práctica en el

campo de la salud. Desde dentro y desde fuera de la universidad la tarea en este campo es la de cómo fundamentar, construir y difundir un conocimiento y una nueva práctica sanitaria esencialmente social.

Formadora y legitimadora de éste y otros saberes y prácticas, la universidad debe seguir siendo pionera y defensora, despojándose del profesionalismo y academismo deformantes, y de cualquier proyecto de apropiación excluyente. Todavía es pensable que uno de los componentes de la sociedad que se está gestando en la encrucijada de los modelos actuales sea una transformación sustancial de la manera como ella entiende, se relaciona y enfrenta los problemas mencionados de la vida y la muerte, la salud y la enfermedad. Y no sólo es pensable, sino apasionante continuar trabajando para que tal racionalidad, tal conciencia social y tales prácticas estén marcadas y orientadas por el carácter histórico-social de tales procesos. Con o sin médicos sociales.

Bibliografía

1. Abrasco. Asociado Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Estudos de Saúde Coletiva, núm. 5, Río de Janeiro, noviembre de 1988.
2. Alafem. Asociación Latinoamericana de Facultades y Escuelas de Medicina. Memorias, XIV Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina de América Latina, Quito, Ecuador, octubre de 1988.
3. Arouca, S. *O dilema preventivista*, Tese de doutoramento, Campinas, Brasil, 1975.
4. Cordeiro, H. *Et. al.* "Evaluación de un curso de Ciencias Sociales aplicadas a la Salud", *Educación Médica y Salud*, vol.8, núm.1: 56-73.
5. Cordeiro, H. "Análisis de la práctica médica actual en América Latina, Alternativas y tendencias", Ponencia presentada a la *X Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina de América Latina*, Santo Domingo, República Dominicana. Noviembre 1977. Ediciones UDUAL. México.
6. Duarte N.E. (editor) *Ciencias sociales y salud en América Latina. Tendencias y perspectivas*, OPS/CIESU, Montevideo, 1986.
7. Duarte. N.E. y Juan César García. *Pensamiento social en Saúde na América Latina*, Abrasco-Cortéz-Editora, Sao Paulo, 1989.
8. Franco, S. "Orientación bio-social de la educación y salud de la sociedad", Ponencia presentada al Núcleo Básico I. *Papel de la Universidad en la elevación del nivel de salud de la población*, Quito, noviembre, 1989.
9. García, J. C. "La educación médica en la América Latina", OPS, *Publicación Científica 255*, Washington, 1972.

-
10. Mercer, H. "Investigación social aplicada al campo de la salud", *Educación Médica y Salud*, vol. 9, núm.4: 347-352, 1975.
 11. OPS "Primer informe sobre la enseñanza de la medicina preventiva y social en las escuelas de la medicina de América Latina", *Serie Desarrollo de Recursos Humanos*, núm. 6, Washington, 1968.
 12. OPS "Enseñanza de la medicina preventiva y social en las escuelas de medicina de América latina", *Educación Médica y Salud*, vol. 9, núm. 2: 211-222, 1975.
 13. OPS. Ministerio de Salud de Cuba. Relato general. *Reunión de expertos de Facultades y Escuelas de Salud Pública en la Región de las Américas*, La Habana, Cuba, octubre 1987.
 14. Rodríguez, M.I. "Introducción al tema: papel de la universidad en la elevación del nivel de salud de la población", Núcleo Básico I, Quito, Ecuador, noviembre de 1989.

