

UNIVERSIDAD SALUD PROBLEMA

SEGUNDA ÉPOCA / AÑO 19 / NÚMERO ESPECIAL CONMEMORATIVO 2025



Maestría en Medicina
Social, 50 aniversario

Doctorado en Ciencias
en Salud Colectiva,
20 aniversario

MEMORIAS Y ANTOLOGÍA

Universidad Autónoma Metropolitana

Dr. José Antonio de los Reyes Heredia

RECTOR GENERAL

Dra. Norma Rondero López

SECRETARIA GENERAL

UNIDAD XOCHIMILCO

Dr. Francisco Javier Soria López

RECTOR

Dra. María Angélica Buendía Espinosa.

SECRETARIA

Dr. Luis Amado Ayala Pérez

DIRECTOR DE LA DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS
Y DE LA SALUD

Dr. Luis Fernando Rivero Rodríguez

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A LA SALUD

Dr. Sergio López Moreno

COORDINADOR DE LA MAESTRÍA EN MEDICINA SOCIAL

Revista Salud Problema

DIRECTORA EDITORIAL

Soledad Rojas Rajs

Consejo Editorial

Oliva López Arellano

Eduardo Luis Menéndez Spina

Edgar C. Jarillo Soto

José Arturo Granados Cosme

Claudio Stern

Susana Martínez Alcántara

Florencia Peña Saint Martín

María del Consuelo Chapela Mendoza

Carolina Tetelboin Henrion

Consejo Consultivo Internacional

José Carlos Escudero (Argentina)

Jorge Kohen (Argentina)

Saúl Franco (Colombia)

Marc Renaud (Canadá)

Ana Ma. Seifert (Canadá)

Magdalena Echeverría (Chile)

Jaime Breilh (Ecuador)

Clara Fassler (Uruguay)

Oscar Feo (Venezuela)

EDICIÓN TÉCNICA **Agustín Pernia** • DISEÑO Y FORMACIÓN DCG **Rosalía Contreras Beltrán**



Salud Problema, Segunda época, Año 19, número especial conmemorativo, es una publicación de la Universidad Autónoma Metropolitana, a través de la Unidad Xochimilco, División de Ciencias Biológicas y de la Salud, Departamento de Atención a la Salud, Maestría en Medicina Social, Prolongación Canal de Miramontes 3855, Col. Ex-Hacienda San Juan de Dios, Alcaldía Tlalpan, C.P. 14387, Ciudad de México y Calzada del Hueso 1100, Col. Villa Quietud, Alcaldía Coyoacán, C.P. 04960, Ciudad de México, Tel. 53847402 y 7118. Página electrónica de la revista <http://saludproblema.xoc.uam.mx> y dirección electrónica: saludproblema@correo.xoc.uam.mx. Dirección Editorial: Soledad Rojas Rajs. Editor Técnico: Agustín Pernia. Certificado de Reserva de Derechos al Uso Exclusivo del Título No. 04-2022-110814432100-102, e ISSN 2007-5790, ambos otorgados por el Instituto Nacional del Derecho de Autor. Responsables de la última actualización de este número: Soledad Rojas Rajs y Agustín Pernia, Unidad Xochimilco, División de Ciencias Biológicas y de la Salud, Departamento de Atención a la Salud, Maestría en Medicina Social; Calzada del Hueso 1100, Alcaldía Coyoacán, C.P. 04960, Ciudad de México. Fecha de la última modificación: 23 de mayo de 2025. Tamaño del archivo 2.3 MB.

Las opiniones expresadas por los autores y las autoras no necesariamente reflejan la postura del editor de la publicación. Queda estrictamente prohibida la reproducción total o parcial de los contenidos e imágenes de la publicación sin previa autorización de la Universidad Autónoma Metropolitana.

D.R. © 2011 Universidad Autónoma Metropolitana.

SALUD PROBLEMA



**Maestría en Medicina Social,
50 aniversario**

**Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva,
20 aniversario**

Índice

5 **Editorial. La historia viva de un proyecto colectivo**

6 **Palabras de apertura**

MEMORIAS

8 **Recuerdos del inicio de la Maestría en Medicina Social de la UAM-X**
Hugo Mercer

13 **México en mis raíces: memorias de una semilla crítica que floreció en Xochimilco**
Jaime Breilh Paz y Miño

16 **Celebrando 50 años de la Maestría en Medicina Social y 20 años del Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva de la UAM-Xochimilco**
Oliva López Arellano

21 **Mi vida en la Maestría en Medicina Social y el Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva**
María de los Ángeles Garduño Andrade

25 **La Maestría en Medicina Social, ser y estar en el mundo**
Edgar C. Jarillo Soto

28 **Una puerta abierta hacia nuevos horizontes**
Carolina Martínez Salgado

31 **El Doctorado de Ciencias en Salud Colectiva desde una mirada personal**
José Moya Medina

34 **Contribución de la Medicina Social en mi vida profesional**
Susana Martínez Alcántara

37 **Dos miradas en mi andar por el posgrado en Salud Colectiva**
Addis Abeba Salinas Urbina

- 40 **La medicina social de Xochimilco**
 Edson Jair Ospina Lozano
- 42 **50 años de la Maestría en Medicina Social y los 20 años del Doctorado
en Ciencias en Salud Colectiva: La influencia de estos programas en mi
práctica profesional y académica**
 Roselia Arminda Rosales Flores
- 44 **La MMS: una visión de vida y de salud**
 Victoria Ixshel Delgado Campos
- 46 **Notas de campo**
 Sebastián Medina Gay

ANTOLOGÍA

- 49 **La Maestría en Medicina Social**
 Hugo Mercer
- 51 **La investigación en la Maestría en Medicina Social**
 Asa Cristina Laurell, Hugo Mercer
- 60 **La práctica médica**
 Hugo Mercer
- 77 **La salud-enfermedad como proceso social**
 Asa Cristina Laurell
- 95 **Sobre las mentiras y estadísticas de salud en América Latina**
 José Carlos Escudero
- 110 **La epidemiología en la forja de una contrahegemonía**
 Jaime Breilh, Edmundo Granda
- 121 **Las condiciones de salud en México y los terremotos de septiembre**
 Mariano Noriega
- 127 **Violencia, mujer y planificación familiar**
 Catalina Eibenschutz

- 133 **Política de salud e impacto epidemiológico**
José Blanco Gil, Oliva López Arellano
- 146 **La categoría de género en la explicación de los perfiles de enfermedad y muerte de varones y mujeres**
María de los Ángeles Garduño Andrade
- 159 **La fábrica en el territorio. La industria química en la zona conurbada de la Ciudad de México**
José Blanco, José Alberto Rivera, Oliva López Arellano, Marina Altagracia
- 172 **La educación médica. Una perspectiva desde las corrientes educativas**
Edgar Jarillo, Ma. de Consuelo Chapela, Gilma Arroyave, José Arturo Granados
- 185 **Orígenes, rumbos y desafíos actuales de la Maestría en Medicina Social de México**
Sergio López-Moreno, Oliva López-Arellano, Edgar Jarillo-Soto, María de los Ángeles Garduño-Andrade, José Arturo Granados-Cosme, José Alberto Rivera-Márquez, Carolina Tetelboin-Henrion

Editorial. La historia viva de un proyecto colectivo. 50 años de la Maestría en Medicina Social y 20 años del Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva

Este número especial de *Salud Problema* conmemora medio siglo de la Maestría en Medicina Social (MMS) y dos décadas del Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva (DCSC), programas académicos emblemáticos de la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco. Estos posgrados han sido, desde su fundación, espacios críticos de formación, producción y transformación del conocimiento en salud, con un firme compromiso ético y político con la justicia social y el derecho a la salud.

A través de sus páginas, este número ofrece una trama de voces y memorias que dan cuenta de una rica trayectoria colectiva. Reunimos testimonios de personas egresadas, así como de docentes que han sido parte fundamental de estos procesos. En cada relato se entrelazan experiencias formativas, vínculos afectivos, apuestas epistemológicas y prácticas comprometidas con las realidades sociales y sanitarias de México y América Latina.

Además, incluimos una cuidada selección de textos fundacionales, la mayoría publicados en *Salud Problema*, junto con otros trabajos significativos de quienes abrieron caminos teóricos y metodológicos desde nuestros posgrados. Esta antología, a la vez histórica y proyectiva, busca recuperar los aportes intelectuales y políticos que han dado sentido a nuestra identidad, así como invitar a nuevas generaciones a continuar esta senda con espíritu crítico y transformador. Varios de los trabajos incluidos en esta antología conservan gráficos con baja resolución o calidad visual reducida, reflejo de una época previa al uso generalizado de herramientas digitales. También se utilizan distintas normas de citación, acordes a las distintas épocas de *Salud Problema* y otras publicaciones. Se han respetado estos materiales en su forma original como parte del valor histórico y documental de los textos.

Extendemos una cordial invitación a leer este número especial, convencidas y convencidos de que celebrar la historia también implica revisitarla, discutirla y, sobre todo, reimaginarla colectivamente.

Agradecemos a la Representación de la OPS/OMS en México el valioso apoyo brindado para la impresión de este número especial 2025 de *Salud Problema*. Reconocemos, además, el respaldo de la OPS a la Maestría en Medicina Social desde su fundación, así como su acompañamiento a *Salud Problema* en distintas etapas de su historia.

Palabras de apertura

En el segundo semestre de 2025 la *Maestría en Medicina Social* y el *Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva* de la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM) cumplen, respectivamente, 50 y 20 años de existencia.

Este número especial de la **Revista Salud Problema** dedica sus páginas a la celebración de estos aniversarios, presenta los testimonios de varios de los actores relevantes con intervención en la creación y desarrollo de estos programas, también reproduce algunas publicaciones emblemáticas de la naturaleza del conocimiento científico generado a lo largo de estas cinco décadas.

La *Maestría en Medicina Social* (MMS) fue creada en 1975, apenas un año después de la fundación de la UAM, y tiene el honor de ser su primer programa de posgrado. Es uno de los programas más antiguos de América Latina y desde su creación —apoyada vigorosamente por la Oficina Panamericana de la Salud (OPS)— forma parte fundamental del pensamiento latinoamericano de medicina social. Por esta razón, durante cincuenta años ha sido una alternativa en la construcción de respuestas críticas a los problemas de salud colectiva de esta región del Continente, especialmente, en la formación de posgraduados y posgraduadas en este campo.

En su origen, el diseño curricular del programa se basó en las propuestas de sanitarios de América Latina de los años sesenta y setenta —destacadamente Juan César García, Miguel Márquez, José Roberto Ferreira y María Isabel Rodríguez— cuyo estudio de la realidad sanitaria en la región partía de la convicción de que las condiciones de salud y las formas de su atención estaban determinadas por la estructura económica y política de cada país. Con esta base, la MMS ha formado personas investigadoras y docentes con abordajes que incorporan saberes provenientes de las ciencias sociales y las humanidades y reconocen las implicaciones políticas de sus resultados. Como propuesta explícitamente crítica y alternativa, el programa ha enfrentado obstáculos epistemológicos y políticos que han sido superados a lo largo de sus 50 años de historia.

Por su parte, el *Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva* (DCSC) surge hace poco más de 20 años, también como programa alternativo en la formación de personal experto en el campo de la salud colectiva en el país y la región latinoamericana. El respaldo fundamental para su desarrollo fue el conocimiento y experiencia académica acumulados durante las tres décadas previas en los ámbitos de la medicina social y la salud colectiva. Este programa recogió los avances alcanzados en aquel entonces por especialistas de México, Brasil, Ecuador, Argentina y Chile, entre otros, cuyos enfoques reconocen la naturaleza social y política de la salud y su atención. Como en el caso de la MMS el doctorado retoma, como objetivos estratégicos, el combate a las desigualdades económicas y sanitarias, la lucha por el derecho humano a la salud y la universalización y gratuidad de la atención sanitaria.

Del afán de ambos programas por construir un pensamiento sanitario alternativo en México y Latinoamérica derivan sus características actuales, y su principal fortaleza radica en la combinación jerarquizada y crítica de saberes biomédicos, sociales y humanísticos aplicados a la investigación, la docencia y el servicio a las comunidades.

De ambos programas académicos han egresado cerca de setecientas personas con actividades en ámbitos de la investigación, la docencia, el servicio público y el activismo político; algunas han ocupado cargos de ministros y ministras o viceministros de salud de sus países, estados o ciudades de origen; otras han fungido como representantes del más alto nivel en organismos internacionales o entidades científicas del campo de la salud; muchas más han creado y dirigido posgrados en medicina social, salud colectiva y salud pública de alta calidad; quizás la actividad más relevante de quienes han egresado de nuestros programas sea la configuración epistémica permanente y cohesionada en la construcción de un pensamiento crítico y riguroso en el campo de la salud.

Ambos programas sostienen un enfoque alternativo a la salud pública. Plantean que: las condiciones de salud-enfermedad y las políticas y prácticas en salud son históricas en sí mismas; las formas de enfermar y morir de los grupos sociales dependen de su inserción en la estructura productiva y su posición en las relaciones de poder; proponen la construcción colectiva del conocimiento en salud con aportaciones surgidas de distintas disciplinas como epidemiología, estadística en salud, economía política, sociología, ciencias de la comunicación, antropología, ética, derecho y algunas más. Los programas parten del fundamento que, en última instancia, la mejoría sustancial de la salud de los colectivos humanos depende del alcance de sociedades más igualitarias y justas.

La creación de una sociedad donde el bienestar y la vida digna sean patrimonio de todos y no sólo de unos pocos, implica formar expertos sanitarios para quienes el debate académico y la producción científica son una parte, pero no la única, de una práctica en donde la igualdad, la equidad y la solidaridad sean los valores más relevantes en la lucha por reducir las diferencias sanitarias injustas y alcanzar un acceso universal a los servicios de salud. Alcanzar una mejor salud en una mejor sociedad, aunque siga pareciendo lejano, ha sido el fin de la medicina social y la salud colectiva desde su surgimiento. No hay ninguna razón científica, histórica o ética para abandonar este propósito.

El 50 aniversario de la fundación de la *Maestría en Medicina Social* y el 20 aniversario de la creación del *Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva* constituyen un motivo para refrendar estos propósitos y robustecer los esfuerzos empeñados en alcanzarlos.

Comité Organizador de la Conmemoración de los Aniversarios

Memorias

Recuerdos del inicio de la Maestría en Medicina Social de la UAM-X

Hugo Mercer*

Los procesos educativos, como los de establecer una Universidad, consolidar una carrera o un posgrado, son de muy lenta maduración, requieren acuerdos y voluntad política, disponibilidad de recursos financieros y materiales que transforman toda innovación académica y científica en una gesta prolongada y dificultosa. Si revisamos los pasos previos a la creación de la UAM Xochimilco sorprende, en cambio, la velocidad que adquirió su proceso constitutivo.

La carta que acompaña al “Anteproyecto para establecer la Unidad Universitaria del Sur de la Universidad Autónoma Metropolitana”, enviada por el Dr. Ramón Villarreal al Rector General de la UAM, Arq. Pedro Ramírez Vázquez comienza recordando una entrevista mantenida solo dos meses antes, donde se analizó la voluntad de la UAM por establecer una nueva Unidad, donde una de sus Divisiones “sería la de Ciencias Biológicas y de la Salud”.

En esa carta, Villarreal informa que preparó un anteproyecto, que adjunta, para dicha nueva Unidad “en cuya elaboración participaron los doctores José Roberto Ferreira y Juan César García”.

La carta es precisa y muy bien pensada, tres párrafos bastan para destacar que la nueva Unidad debiera centrar su innovación en la interdisciplina, e incluso habla de transdisciplina y refuerza con una cita para expresar que “la interdisciplina es básicamente una perspectiva mental que combina curiosidad con receptividad y un espíritu de aventura y descubrimiento”. Vista a la distancia, esa carta es convincente y ratifica la voluntad de Villareal de postularse para la Rectoría con una propuesta original y transformadora.

El Anteproyecto contenía una sustanciosa fundamentación acerca de la cantidad de alumnos a recibir, las relaciones con el entorno social (población, servicios, instituciones) a las que engloba dentro del espacio “extramuros”, la previsión de docentes necesarios y la estructura edilicia que debiera acompañar el crecimiento de la Unidad. Sin embargo, la sección del Anteproyecto que hizo historia fue la denominada “Perfil Educativo”. Allí se retoman y desarrollan aspectos que estaban anunciados en la carta, y se explica que el aprendizaje debiera derivarse de una transformación de la realidad. Convirtiendo a docentes y estudiantes en sujetos activos de un pasaje de objetos de conocimiento a objetos de transforma-

*Primer coordinador de la Maestría en Medicina Social

ción; mediante una enseñanza que se conocerá como el “sistema modular”.

En un contexto de una América Latina donde abundaban los gobiernos cívico-militares que imponían severas prácticas represivas y genocidas, la aparición de un oasis académico donde se invitaba a la “participación activa en un proceso que llevará al aprendizaje”¹. La interdisciplina permitía que “en lugar de la enseñanza de bioquímica en una disciplina, se intentará buscar un objeto de transformación como la alimentación, donde la bioquímica, junto con otras ciencias intentarán comprender el fenómeno y transformarlo con la ayuda de la tecnología elaborada -por ejemplo- por los nutricionistas y los trabajadores sociales”.

México mismo, no estaba lejano de los hechos de 1968, la memoria sobre lo ocurrido y la magnitud de la represión a las marchas universitarias eran una presencia vivida y dolorosa. En pocos meses, al recibir el apoyo del Rector General de la UAM, Ramón Villareal fue capaz de convocar a un equipo docente y organizativo que en pocos meses convirtió en hechos prácticos las propuestas contenidas en ese anteproyecto. No esperó demasiado para lanzar la construcción de aulas y oficinas que de manera provisoria funcionaban en espacios denominados los “gallineros”, dado que remedaban los galpones de las empresas avícolas. Durante los primeros años de la UAMX esos “gallineros” acompañaron la construcción de edificios definitivos que no dejaron de expandirse.

La permanente invocación a las ideas del “anteproyecto”, la progresiva integración de docentes

e investigadores y el febril clima de construcción edilicia les daban a esos años inaugurales una mezcla de entusiasmo, compromiso y, hasta de complicidad en ser partícipes de una utopía centrada en valores de equidad y justicia que iban a contramano de los proyectos autoritarios y represivos que se instalaban en el continente. La intensidad de lo que se vivía en esos días en la UAMX encajaba en el concepto *habitus* que Bourdieu desarrolló. Profesionales de muy diferentes campos científicos (veterinaria, biología, medicina, enfermería, ciencias sociales, arquitectura, filosofía, y otras) confluían en discusiones y trabajos en conjunto destinados a armar planes de estudio, proyectos de extensión, reglamentos o diseño de investigaciones.

Hacia diciembre de 1974 y a instancias de los Dres. María Isabel Rodríguez, accesible el diálogo con él y su equipo en ese entonces funcionaria en México, de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Juan Cesar García, también de OPS, en su sede en Washington DC, comencé una consultoría para la UAMX con el fin de proponer la creación de una Maestría en Medicina Social. Durante unos diez días me asignaron un cubículo en esos edificios temporarios, los gallineros, donde me dediqué a escribir un documento que buscaba extender las ideas contenidas en el “anteproyecto” al campo de la Medicina Social a través de una Maestría. Al Dr. Villareal ya lo conocía, dado que había trabajado temporalmente en la División a su cargo en OPS, de manera que fue muy accesible y facilitado el diálogo con él y su equipo para recabar datos, desafíos y oportunidades que se abrían para la creación de la Maestría en Medicina Social.

¹ Villareal, Ramón; J.R. Ferreira y J.C. García (1974): Anteproyecto para establecer la Unidad Universitaria del Sur de la Universidad Autónoma Metropolitana” UAMX.

Estaba claro también que la experiencia de la Maestría en Medicina Social (MedSoc) que pocos años antes se había establecido en la Universidad Estadual de Rio de Janeiro, Brasil, serviría de referente en cuanto a cómo estructurar el programa de estudios, estructura organizativa, recursos educativos y planta docente. Previamente, había visitado reiteradamente MedSoc, y conversado mucho con Hesio Cordeiro, Nina Pereira, Moyses Szklo y otros docentes y alumnos que se enorgullecían de lo que estaban construyendo, uno de cuyos atributos era que el esfuerzo de construcción colectiva hacía difícil distinguir quienes eran docentes y quienes alumnos. Todos jóvenes, entusiastas y solidarios en la tarea de renovar el campo de la Salud Pública, haciéndola más latinoamericana y más comprometida con la situación de los sectores sociales cuyas condiciones de vida y salud eran las más desfavorecidas.

La propuesta que elaboré en esos días tuvo algunos rasgos originales que siguen teniendo valor. Por un lado, el programa propuesto mantenía estrecha relación con la estrategia educativa de la UAMX, centrada en la investigación. Las unidades de enseñanza aprendizaje eran módulos, que integraban disciplinas y métodos. El primer año contenía tres módulos. Saber Médico, Determinación Social de la Salud y Práctica Médica. El primer módulo apuntaba a analizar y revisar los conceptos centrales que hacen al campo de la Salud Pública, sus bases epistemológicas y las formas en que los conocimientos sanitarios se modifican a lo largo de la historia y difieren según contextos culturales. El segundo módulo, apuntaba a conocer los procesos de causación en el campo de la salud y la estructura de determinación que subyace a la manifestación biológica de la salud y la morbi-mortalidad. Lo colectivo como sujeto de

estudio se iba abriendo paso progresivamente en la secuencia de módulos permitiendo el tránsito de miradas que captaban inicialmente manifestaciones individuales a otras que atendían a los procesos que afectaban a conjuntos sociales. El tercer módulo se proponía cubrir el análisis de la Salud, sus organizaciones y formas de producción de servicios y conocimientos en términos de distribución del poder, circunstancias que se hacían visibles en la organización y funcionamiento de servicios, formulación y aplicación de estrategias y políticas. En el desarrollo de cada uno de esos tres módulos las disciplinas aparecían brindando los recursos conceptuales y metodológicos que permitían investigar el problema seleccionado para cada puesta en marcha de los módulos. Los estudiantes trabajaban en grupo desarrollando el proyecto de investigación, asumían autonomía en la indagación y aplicaban los conocimientos que iban adquiriendo. El segundo año de la Maestría, en su diseño, buscaba la integración de los conocimientos adquiridos previamente y su aplicación en torno a la elaboración de un trabajo de tesis bajo la dirección de algunos de los docentes de la Maestría o del resto de la Universidad.

El plan de estudios sustentado en esos módulos y el apoyo en la realización del trabajo investigativo que supone la elaboración de la tesis demostraron ser efectivos en brindar una formación innovadora. Claramente, el plan de estudios se sustentaba en las Ciencias Sociales que servían de referente para entender los problemas bajo estudio. La secuencia de trabajo sugerida articulaba los conocimientos hasta entonces adquiridos y los modelos de indagación afines, no abundaba aún bibliografía sustentada en un pensamiento crítico, de manera que cada informe final de un módulo o cada tesis que se presentaba estaban

rodeados de un clima de aporte original, de contribución al develamiento de un campo sea la salud de los trabajadores, la educación para la salud, la salud materno-infantil o el combate al paludismo, esos y otros temas de investigación daban lugar a ese habitus que se fue conformando en torno a la Medicina Social y a la Salud Colectiva.

La oferta de la Maestría demandó lograr apoyo de organismos como el CONACYT o de Universidades mexicanas y de otros países de la región además del de la OPS/OMS. Para alcanzar esos apoyos fue decisivo contar con el aval de referentes académicos que aseguraran la confianza de dichas instituciones. En ese plano, las intervenciones de dos personas fueron llaves que facilitaron y aceleraron la obtención de apoyos y becas para la Maestría, uno el director de la División de Ciencias Biológicas y de la Salud de la UAMX, el Dr. Luis Felipe Bojalil y el sistemático seguimiento y apoyo de la Dra. María Isabel Rodríguez, desde la Representación de OPS/OMS en México. Ambos eran figuras reconocidas en la ciencia mexicana y fueron generosos apoyos para que la Maestría pudiera contar desde sus inicios con la confianza de CONACYT y de Universidades dispuestas a enviar a sus egresados y docentes a cursar un nuevo programa académico.

La construcción de la Maestría corrió en paralelo con la búsqueda de legitimación de la Medicina Social y luego la Salud Colectiva, tanto en América Latina como en Europa. La presencia de la Maestría en Medicina Social en encuentros latinoamericanos y mundiales fue también precoz. Las reuniones de San José, Costa Rica (1976) o la de San Miguel Regla, México (1978) o la de Ámsterdam, Países Bajos (1976); dieron lugar a la creación de asociaciones que representan al

pensamiento crítico en el campo de la Salud Colectiva.

En esos años iniciales el pensamiento crítico en materia de salud poblacional buscaba legitimar el peso explicativo de lo social, hacerlo en un contexto donde eran varios los países bajo dictaduras militares no era tarea fácil. México y la Maestría fueron ámbitos y refugios protectores para quienes debían tomar distancia de esas situaciones. Además, la UAMX era especialmente receptiva al pensamiento innovador, junto con la presencia de figuras como Juan César García, quien en varias ocasiones eligió la UAMX como el lugar donde exponer sus nuevas líneas de trabajo^{2 3}, David Harvey, Roberto Machado era posible escuchar en la Universidad a Eric Hobsbawm, Michael Lowy o Rolando García.

Extraño y valoro esos primeros años de la Maestría y de la UAMX que tuve la enorme satisfacción de vivir. No puedo mencionar a todos y todas con quienes compartí esos gratos momentos, la lista sería muy larga, pero si quiero expresar que siempre he tenido presente lo que significaron para mí colegas y amigos como Catalina Eibenschutz, Cristina Laurell, Eduardo Menéndez, Dora Cardacci, Saúl Franco, Sergio Koifman y muchos más con quienes nos hermanaban coincidencias personales, políticas y profesionales.

Hoy en día, la Salud Colectiva, la Salud Pública, la Medicina Social enfrentan muy diferentes de-

2 García, Juan César: La categoría trabajo en la Medicina, 1979. Donde cita y destaca los aportes de A. C. Laurell que hacía en la Maestría en Medicina Social. mimeo

3 García, Juan César: La enfermedad de la pereza, 1978, mimeo

saños a los que vivíamos en aquellos años. Son otras las búsquedas conceptuales y metodológicas que debemos hacer para enriquecer nuestro entendimiento. A los crónicos problemas de inequidad y desigualdad en las condiciones de vida, se le agregan hoy en día tensiones generadas, entre otras razones como reacción a las conquistas alcanzadas en las últimas décadas. A lo logrado en cuanto a emancipación de conjuntos sociales oprimidos, desatendidos o marginados, como y principalmente las mujeres, los pueblos originarios, los migrantes, las diversidades de género se enfrentan políticas públicas regresivas sustentadas en discursos de odio. La pandemia

ayudó a impregnar a esos discursos con el retorno de explicaciones anticientíficas, negacionistas, temerosas de un supuesto “gran reemplazo”. El campo de la Salud terminó siendo el espacio fértil para esa matriz reaccionaria, violenta y de ultraderecha que es gobierno en varios países del mundo. Ahí, la Salud Colectiva, la Medicina Social y quienes desean vivir en un mundo donde no impere el extractivismo con las guerras y opresiones que lo acompañan, encuentran los nuevos desafíos. Mirar hacia atrás y valorar lo construido en estos cincuenta años nos permite conservar esperanzas y energías para persistir en los valores que nos unieron y nos siguen uniendo.

México en mis raíces: memorias de una semilla crítica que floreció en Xochimilco*

Jaime Breilh Paz y Miño**

*En memoria de Mariano Noriega,
hermano en las alegrías y desafíos
de tantas jornadas.*

En los caminos que forjaron mi vida como médico e investigador social comprometido, la experiencia vivida en México entre 1975 y 1977 ocupa un lugar entrañable. Fue allí, en la entonces recién creada Maestría en Medicina Social de la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco (UAM-X), donde se tejieron los hilos de una semilla crítica que había comenzado a germinar con mi gente en mi país natal, Ecuador.

Estas palabras buscan rendir homenaje a los primeros 50 años de fructífera producción de la maestría y recordar con cariño mi paso por la UAM-X, etapa fundamental que nutrió y consolidó mi pensamiento, desde mis raíces ecuatorianas hasta el florecimiento intelectual, cultural y ético que encontré en México.

*Texto dedicado a la conmemoración de los 50 años de la Maestría de Medicina Social de la UAM-X, preparado por el autor por pedido del Comité organizador. Abril, 14 del 2025.

** Primer egresado de la maestría en 1977.

Para que se comprenda la honda significación personal y familiar de esa etapa de vida en México, es necesario presentar aquí algunos antedecentes. Desde mi niñez, la influencia de mi madre, artista pionera del realismo social en la pintura y escultura del Ecuador, marcó mi sensibilidad frente a la injusticia e inequidad social. Sus pláticas sobre nuestras raíces indígenas y afroamericanas, guardaban coherencia con los murales pictóricos y los escritos en que se destacaban hechos marcantes de la historia revolucionaria de México. Ya en mi juventud, en el fervor del movimiento estudiantil de los años setenta, fui militante de la Federación de Estudiantes Universitarios del Ecuador y presidente de la Asociación Nacional de Estudiantes de Medicina (ANEME). Ingresé a la Universidad Central del Ecuador, donde participé activamente en las luchas por la reforma de la educación médica. Fueron años en que pude aplicar las enseñanzas de grandes maestros de la medicina ecuatoriana como Enrique Garcés, quien nos enseñó la importancia del pensamiento anti-colonial de Eugenio Espejo, médico precursor de nuestra independencia, quien, además, adelantándose a los

médicos europeos de su tiempo, fundó las bases de la epidemiología crítica ecuatoriana en el siglo XVIII. Era la impronta de dignidad y precursora lucha por los derechos de las mujeres de una Manuela Espejo, de una Manuela Saénz.

En esa etapa estudiantil pude comprender también, gracias al inspirador ejemplo de maestros como Rodrigo Fierro, la necesidad imperiosa de que la ciencia crítica requiere validarse en una metodología rigurosa.

Esas lecciones maduraron luego en mi trabajo en la Asociación de Facultades de Medicina (AFE-ME), guiado por Miguel Márquez, gran maestro y pensador de la educación médica. Como parte de este equipo, asistí a encuentros memorables del movimiento latinoamericano como el denominado *Cuenca I* (1972), que puso en el centro el debate sobre la transformación de la enseñanza de las ciencias sociales en la salud; y más adelante el encuentro de *Cuenca II* (1974) en que se discutió una tendencia crítica para las ciencias sociales en salud.

Al final de la carrera tuve el privilegio de laborar como médico rural en comunidades indígenas de la Serranía, viviendo una de las etapas más intensas de aprendizaje sobre las raíces culturales y las agrestes adversidades del campo.

Ya en años posteriores en mi calidad de profesor universitario, cofundé el Área de Medicina Popular y coedité el libro ‘Salud y Sociedad’. En esos años que estuvieron marcados por la convulsión social, un hecho decisivo fue la inspiradora guía de referentes como Juan César García, María Isabel Rodríguez y el mismo Miguel Márquez, quienes nos acompañaron desde la División de Salud Internacional de la Organización Panamericana de la Salud.

Luego de todo ese recorrido me impuse y logré llegar a México atraído por las noticias del innovador modelo de la Universidad Autónoma de Xochimilco. Desde el primer minuto fue una experiencia profundamente transformadora, tanto para mí como para mi familia. Vivimos una etapa de gran efervescencia intelectual y compromiso ético. La ciudad de México, con sus librerías emblemáticas y su vibrante vida académica, ofrecía el entorno ideal para forjar una nueva mirada sobre la salud. La Maestría en Medicina Social de la UAM-X era un espacio de ruptura epistemológica, alimentado por maestras y maestros entrañables como Cristina Laurell, Katy Eibenschutz, Mario Testa, Clara Fassler -bajo la coordinación de Hugo Mercer-, así como figuras del exilio latinoamericano como Eduardo Menéndez y Néstor García Canclini. La maestría no solo formaba investigadores: forjaba militantes del pensamiento crítico.

Empujado por la apertura y generosidad del programa de maestría y de nuestro profesorado, tuve la audacia de conseguir que Bolívar Echeverría, ilustre compatriota, filósofo y para entonces insigne profesor de la UNAM, aceptara dictar un seminario sobre “el capital y la salud.” Ese encuentro fue otro parteaguas de nuestra formación. Así mismo tuve el honor de organizar un seminario en Chiapas por encargo de Katy Eibenschutz, en el corazón de la diócesis dirigida por su Obispo el querido Don Samuel Ruiz.

De la rica experiencia de proyectos y producción de nuestros profesores, de la prodigiosa dinámica de un programa de ruptura que alimentó nuestra sed de un nuevo tipo de conocimiento de posgrado, del contagioso efecto de maestros que no eran librecos, ni tecnócratas sino sapientes militantes por la vida y la justicia, de la solidaria hermandad de mis compañeras y compañeros de maestría -a

quienes de paso extraño-, y de las urgencias que resonaban desde nuestros países, brotaron en nosotros los esperados proyectos de tesis.

Tuve la suerte de trabajar mi tesis con Cristina Laurell, luchadora incansable, maestra y colega que me ayudó a abrir el camino con generosidad. Con su apoyo, trabajé una tesis que luego se convertiría en mi primer libro, que ahora con inmerecida generosidad se ha considerado como una de las obras precursoras de la epidemiología crítica latinoamericana contemporánea. Esta tesis me permitió consolidar una propuesta transdisciplinaria, intercultural y participativa, que ya venía esbozando desde mis prácticas en Ecuador. La Maestría fue así el crisol donde se fundieron mis vivencias previas con los aportes teóricos y metodológicos del pensamiento crítico latinoamericano.

Hoy, al mirar en retrospectiva, comprendo con mayor nitidez el papel histórico de la Maestría de Xochimilco en la consolidación de la medicina social y la salud colectiva de América Latina. La maestría no solo ha formado cientos de profesionales comprometidos, sino que sembró una ética de transformación estructural, una mirada integral del complejo proceso de la salud y una práctica

académica y política al servicio del buen vivir. En mi caso, fue el impulso definitivo para construir una vida entera dedicada a la investigación crítica, a la formación de nuevas generaciones y a la lucha por sistemas de salud dignos, soberanos y humanistas. En los programas de maestría, de doctorado y de posdoctorado de la Universidad Andina Simón Bolívar, se recrean las huellas de la UAM-X.

Hoy más que nunca, en esta era de hiper-neoliberalismo 4.0 y su malsana civilización, necesitamos arrimar hombros entre nuestras universidades para enfrentar el desafío de una ciencia valiente que dispute para el bien común y la salud colectiva, la ciencia crítica, la bioética, y recursos cibernéticos y una gobernanza algorítmica de equidad y soberanía.

Queridas y queridos compañeros, ahora como siempre México vive en mis raíces. Estoy seguro que la Maestría de Medicina Social de la UAM-X fue, es y seguirá siendo un faro para quienes soñamos con un conocimiento emancipador y con sociedades donde una vida sustentable, soberana, solidaria y segura no sea un privilegio, sino un derecho viviente. Gracias, México. Gracias Xochimilco.

Celebrando 50 años de la Maestría en Medicina Social y 20 años del Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva de la UAM-Xochimilco

Oliva López Arellano*

Mi historia profesional, personal y familiar está ligada a la Maestría en Medicina Social (MMS) y al Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva (DCSC). Soy parte de la onceava generación de la MMS que ingresó en febrero de 1986 y sigo considerando que optar por formarme como médica social ha sido una de las mejores decisiones de mi vida.

Recién egresada de la licenciatura en Medicina, conocí de primera mano el programa de medicina social pues en las comunidades de la Huasteca Potosina donde trabajaba, llegó a realizar su investigación modular un grupo de alumnos de la MMS acompañado por dos de sus profesores: Cristina Laurell y Héctor Salazar. Fue un encuentro interesante, yo tenía casi un año viviendo en la comunidad y me pareció que aquel grupo de estudiantes tenía muchas dificultades para reconocer y adaptarse a las condiciones del lugar. No había agua entubada, ni energía eléctrica, no había carretera, solo un camino de terracería que comunicaba la zona, habitada por población campesina e indígena en condiciones de pobreza, que sobrevivía con mucha precariedad con la zafra de caña de azúcar y la producción artesanal de piloncillo. En

esos días de convivencia estrecha, la Dra. Laurell en algún momento me dijo que yo tenía perfil de médica social. Lo consideré como un comentario positivo a mi trabajo, a mi interés por la salud de las personas y a mi involucramiento comunitario. Recién había conocido a Cristina Laurell y en ese momento no sabía de sus contribuciones académicas, de su pensamiento riguroso y de su fuerte carácter nada dado a hacer concesiones, ni comentarios a la ligera.

El grupo de la MMS concluyó su investigación y se retiró de la comunidad, yo terminé mi trabajo en la Huasteca y regresé a la Ciudad de México en donde continué laborando como médica comunitaria y después me formé como epidemióloga de campo en la Escuela de Salud Pública de México (ESPM).

Trabajé como epidemióloga en la Ciudad de México y en Michoacán en la Jurisdicción de Morelia que abarca 27 municipios desde Tlalpujahua colindante con El Oro, Estado de México, municipios de tierra caliente y la zona limítrofe con el Lago de Pátzcuaro. En esa época ocurrió lo que definiría mi trayectoria profesional, volví a coincidir con un grupo de la MMS que desarrollaba sus prácticas en comunidades cercanas a mi zona

*Profesora-investigadora de tiempo completo en la UAM-X.

de trabajo, coordinados por Cristina Laurell y José Carlos Escudero.

En esos momentos, ya estaba interesada en hacer un posgrado, las autoridades de los servicios de salud pública del Estado de Michoacán habían aceptado y apoyado mi solicitud para postularme a la Maestría en Salud Pública de la ESPM. Tenía todo listo, el apoyo local, la garantía de beca-salario y la promesa de que al terminar podría volver a mi plaza de médica como especialista... pero Cristina me convenció. Volvió a insistir en mi perfil de médica social y a dos días del cierre de la convocatoria de ingreso a la MMS, preparé documentos y viajé a la Ciudad de México para la entrevista. Ahí conocí a Enrique Rajchemberg y a Ángeles Garduño quienes me entrevistaron en una combi, pues ese día la UAM estaba cerrada por un paro. Fui aceptada y tuve que renunciar a mi plaza de servicios de salud de Michoacán porque la formación que se apoyaba era en la ESPM.

Inicié la MMS sin beca pues CONACYT me la otorgó hasta el 2o año, pero mi estancia en la maestría fue tan intensa, tan estimulante, tan formativa y desafiante que desde entonces y todavía hoy, sigo convencida que fue una de las mejores decisiones que he tomado en la vida.

La onceava generación de la MMS a la cual pertenezco desarrolló una investigación sobre las condiciones de trabajo y salud en la Cooperativa Pascual, con un método pionero para estudiar la salud en el trabajo, desarrollado a partir del Modelo Obrero Italiano por Cristina Laurell y Mariano Noriega¹. En esa investigación y con un trabajo de campo extenso e intenso reconstruimos las condiciones y los riesgos laborales, los daños a la

salud de los cooperativistas y generamos una propuesta de vigilancia e intervención para mejorar las condiciones de trabajo, reducir riesgos laborales y daños a la salud. Resultados que pudimos sintetizar y publicar ²

En el 2o año de la MMS iniciamos las investigaciones de tesis y yo elegí trabajar sobre la descentralización y la modernización de la política de salud en México, pues de mi trabajo en los servicios de salud de Michoacán tenía muchas preguntas sin respuesta: ¿por qué la propuesta de descentralización de los servicios? ¿por qué la resistencia de actores institucionales como el IMSS-COPLAMAR y el gobierno local? ¿por qué la desaparición por decreto de los programas verticales y la horizontalización de acciones sin recursos, con “candados presupuestales” y sin capacitación? ¿por qué la transferencia de responsabilidades al nivel local sin respaldo financiero, ni apoyo del centro?

Mi directora de tesis fue la Dra. Laurell quien tendrá siempre mi reconocimiento por sus contribuciones al campo de la medicina social y la salud colectiva, su comprensión de la política sanitaria, su rigor teórico-metodológico y su capacidad de trabajo y mi gratitud por su acertada conducción académica y el regalo de su amistad. Concluí la tesis, me gradué y tiempo después pude dar forma a un libro sobre la modernización neoliberal en salud³.

Paralelo al desarrollo de mi trabajo de tesis, me incorporé junto con otros jóvenes investigadores (Susana Martínez, Jorge Villegas y Víctor Ríos)

¹ Laurell A.C. y Noriega M. La salud en la fábrica. Estudio sobre la industria siderúrgica en México. Ediciones ERA, México, 1989.

² López, O. y Martínez S. Eds. La relación salud-trabajo. El caso de los trabajadores de la Sociedad Cooperativa Pascual. Colección Modular, Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco. México 1989.

³ López, O. y Blanco J. La modernización neoliberal en salud: México en los ochenta. Col. Ensayos, Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco, México, 1993.

al grupo de investigación sobre trabajo y salud que coordinaban Cristina Laurell y Mariano Noriega y participé en el proyecto de salud laboral en la industria del metal, que a través de un amplio trabajo de campo reconstruyó las condiciones de trabajo, los riesgos y los daños a la salud en la Siderúrgica Lázaro Cardenas (SICARTSA) y cuyos resultados contribuyeron a la denuncia de la severa explotación laboral sufrida por los trabajadores siderúrgicos y a propuestas de transformación de sus condiciones de trabajo⁴.

La generosidad del grupo de profesores-investigadores de la MMS en los 90's, me abrió las puertas para colaborar con ellos en la docencia y cuando se presentó la oportunidad, me alentaron para concursar por una plaza de profesor asociado cuando Héctor Salazar decidió renunciar a la UAM y regresar a su natal Chihuahua.

Ya como profesora de la maestría, crecí intelectualmente y me desarrollé como investigadora en este espacio fraterno, reconocido por nosotros como un “islote democrático e igualitario”⁵ combativo frente a las desigualdades e inequidades sociosanitarias y comprometido con el derecho a la salud, la justicia sanitaria y la salud colectiva.

De la MMS me fui en el año 2000 como parte del equipo de Cristina Laurell cuando fue invitada por Andrés Manuel López Obrador Jefe de Gobierno, para encabezar la Secretaría de Salud del entonces Distrito Federal y en el 2003 regresé a la UAM para hacerme cargo del primer seminario del Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva,

heredero de la madurez de la MMS⁶ y en ese momento, posgrado de reciente creación en la UAM, que recibía su primera generación.

Fue muy estimulante participar en el desarrollo del doctorado desde sus orígenes, ser docente de seminario teórico I, dirigir tesis crecientemente complejas e interactuar con alumnos con sólidas y diversas formaciones. El desarrollo de este posgrado contribuyó a la ampliación del campo médico-social, al abordaje de nuevos temas y de problemas más complejos, a las aproximaciones multinivel y transdisciplinarias, a la triangulación metodológica y a la incorporación de líneas de investigación poco exploradas desde la mirada médico-social⁷.

La fortaleza académica de los profesores investigadores de la MMS y del DCSC y su reconocimiento por instancias externas como el SNI y el PRODEP e internas (estímulos, becas y reconocimientos UAM) nos impulsó a conformar el Cuerpo Académico (CA) sobre Determinantes sociales en salud, enfermedad y atención, que aglutina el trabajo colectivo de formación, investigación y difusión de los integrantes del núcleo académico de estos posgrados y reconocido desde 2009 como CA consolidado y ratificado como tal en marzo de 2025.

Tuve la fortuna de coordinar el DCSC durante varios años (2011-2018), en ese periodo y gracias al trabajo colectivo de profesores, alumnos, personal administrativo y autoridades, mantuvimos su reconocimiento como posgrado de calidad y garantizamos las becas para los estudiantes. De

4 Laurell C., Noriega M., López O., Ríos V., Martínez S. y Villegas J. Conocer para cambiar. El estudio de la salud en el trabajo. Universidad Autónoma Metropolitana. México, 1989.

5 Expresión acuñada por Ángeles Garduño para referirse al espacio de MS y SC de la UAM-Xochimilco.

6 Jarillo E. y Granados J.A. (Coords.) La medicina social en México. Cuarenta años de la Maestría en Medicina Social. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, México, 2016.

7 Jarillo E. y López O. (Coords.) Salud colectiva en México. Quince años del Doctorado en la UAM. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, México, 2018.

este espacio me fui nuevamente en diciembre del 2018 para encabezar la Secretaría de Salud de la Ciudad de México invitada por la Dra. Claudia Sheinbaum Pardo, entonces Jefa de Gobierno de la CDMX, tarea que desempeñé hasta el final de la administración (octubre 2024) con compromiso y dedicación y en donde implementé diversas propuestas surgidas de la Medicina Social y la Salud Colectiva latinoamericanas.

Mi formación como médica social y mi posterior desarrollo como profesora-investigadora en la MMS y en el DCSC forma parte de mi esencia vital y de mi historia personal que se entrelaza con la actividad académica y el servicio público. En este campo de trabajo, de pensamiento y acción está mi grupo de referencia, muchos de mis afectos, amigos y amigas entrañables cuya amistad perdura a pesar de los años y las distancias.

En los posgrados de medicina social y salud colectiva de la UAM, espacios poco comunes por su congruencia político-académica y ética, formadores de una comunidad de “deprimidos, malhumorados e indignados”⁸ frente al sufrimiento de los pueblos y las injusticias y convencidos de que otro mundo es posible, tuve la fortuna de conocer profesores e investigadores extraordinarios de los que aprendí muchísimo y que la comunidad de ideas y la convivencia respetuosa, fraterna y solidaria nos convirtió en compañeros de trabajo, colegas y amigos.

Alumnos valiosos y expertos en sus campos temáticos enriquecieron su formación con la perspectiva de la medicina social y la salud colectiva latinoamericanas y nutrieron a la maestría y al doctorado con sus aportes y cuestionamientos.

⁸ Expresión acuñada por José Blanco para referirse al talante de los formados en la MS y SC de la UAM-Xochimilco.

Docentes invitados a distintos cursos temáticos y al ya emblemático Monográfico de Medicina Social y Salud Colectiva que va en su XXVIII edición, enriquecieron los posgrados y junto con los profesores de la UAM y el personal de apoyo, construimos un espacio común de valores compartidos, interesados en documentar e incidir en las desigualdades e inequidades en sanitarias y abogar por los derechos y por sistemas de salud universales, equitativos y de base pública.

Desde este espacio médico-social y de salud colectiva, se ha impulsado la perspectiva de género (Ángeles Garduño), la investigación sobre los efectos de la discriminación y la exclusión sobre la salud (José Arturo Granados), la formación de talento humano en salud (Edgar Jarillo), la bioética (Jorge Alberto Álvarez), la ética de la salud colectiva y los derechos humanos (Sergio López), la problemática en torno a la alimentación-nutrición (José Alberto Rivera), la comunicación en salud (Soledad Rojas Rajs), la salud de las mujeres (Addis Abeba Salinas) y las reformas en salud (Carolina Tetelboin).

La MMS y el DCSC también se enriquecieron con el trabajo académico de José Blanco Gil⁹ profesor-investigador de la MMS, mi compañero de vida. Los integrantes de estos posgrados compartieron la alegría por el nacimiento de nuestros hijos, los vieron crecer y algunas veces los cuidaron, fueron considerados y solidarios cuando mi Pepe Blanco enfermó y nos arroparon con su cariño cuando murió.

Agradecida por siempre con todos ellos y ellas, alumnos, profesores, compañeros, colegas, amigos con quien he tenido la fortuna de coincidir, in-

⁹ Blanco J. López O. y Rivera J.A. Calidad de vida, salud y territorio. Desarrollo de una línea de investigación. Serie Académicos, 118, UAM-X, México, 2014

teractuar, discutir y construir colectivamente para la medicina social y la salud colectiva y también, mi agradecimiento eterno para los que ya no están físicamente con nosotros, pero su legado permanece: Mariano Noriega, Catalina Eibenschutz, Jaime Kravzov, Marina Altagracia, Edmundo Granda, Sebastián Loureiro, Danuta Rajs y José Blanco, quien desde 1982 fue mi compañero, el amor de mi vida, el padre de mis hijos, maestro y colega, persona excepcional para su género y su generación, cuya historia está ligada a nuestra querida UAM-Xochimilco, a sus posgrados de medicina social y salud colectiva y a mi propia historia.

Conmemorar 50 años de la MMS y 20 años del DCSC es celebrar una mirada holística, compleja y multidimensional de los procesos de salud, enfermedad, atención y cuidado; de sus determi-

naciones sociales, de la lucha por los derechos humanos y la salud colectiva y reconocer las resistencias frente a las desigualdades, las discriminaciones y las exclusiones y la terquedad e insistencia por contribuir a un mundo donde quepan todos los mundos¹⁰¹¹. Es también, un sentido reconocimiento a todas las personas que en el devenir de la MMS y el DCSC aportaron a esta historia colectiva y personal y en mi caso a muchos momentos valiosos y buenos de mi vida. ¡Felices y combativos 50 y 20!

10 Ceceña A.E. Los desafíos del mundo en que caben todos los mundos y la subversión del saber histórico de la lucha. Chiapas 16, ERA-IIEc, México, 2004.

11 Manifiesto Por un mundo donde quepan muchos mundos, agosto 2018, http://enlacezapatista.ezln.org.mx/wp-content/uploads/2018/08/Manifiesto_Borrador-Final.pdf

Mi vida en la Maestría en Medicina Social y el Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva

María de los Ángeles Garduño Andrade*

Inicio por el final. Mi recorrido en la UAM-X, por más de 40 años, casi culmina y estoy satisfecha. Sé que falta poco para dejar mi lugar a personas que seguramente propondrán nuevos temas, nueva bibliografía y darán impulso a lo que se consolidó desde dos programas, la Maestría en Medicina Social y el Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva.

Mi satisfacción se relaciona, además, por estar viendo cambios estructurales en nuestro país. El triunfo de la izquierda en 2018, ha marcado nuestro quehacer y nuestro ánimo, pues los aportes generados por este grupo académico desde hace 50 años, se ven reflejados en los avances en salud, pero además en la interpretación de la realidad. Cuando nuestros profesores y compañeros decían que hay una determinación social del proceso salud enfermedad, estaban poniendo en juego ideas que mostraban, desde un marco de teorías críticas, la necesidad de un cambio. Un régimen diferente que superara los designios neoliberales que ahondaron las más crueles desigualdades entre la población.

Llegué a este grupo como estudiante, había pasado por una formación sociológica que culminó con una experiencia maravillosa y dolorosa a la vez, en el Valle del Mezquital, participando en un grupo de investigación, encabezado por grandes intelectuales, que fueron fundamentales para comprender la realidad del mundo rural.

Después de esa experiencia estaba inquieta, tenía pareja y una hija pequeña, pero me hacía falta profundizar en alguna área, así me acerqué al tema de la salud, ambiente en el que había vivido, pues mi padre era médico en el Seguro Social. Llegué entonces a entrevistarme y presenté mi solicitud.

Una gran sorpresa fue encontrarme en un modelo educativo novedoso, viniendo de la UNAM que seguía con una forma arcaica de impartir clases. No digo que no tuve excelentes docentes, pero jamás pude acercarme a hacer una pregunta y mucho menos un cuestionamiento. Fue increíble entrar en un aula distribuida de tal manera que podía mirar a la cara al resto de estudiantes (y no su nuca), en la que cada docente preguntaba e intercambiaba ideas, aceptaba críticas o disidencias.

* Profesora-investigadora de tiempo completo en la UAM-X.

Maestras y maestros, desde su experiencia y sus orígenes, estaban construyendo un nuevo camino para interpretar la salud, con un marco de referencia que venía de la corriente marxista en ciencias sociales. Fue un descubrimiento que me permitió comprender aquello que había contemplado en una de las zonas más pobres del país, cómo esa vida de penurias significaba enfermedad y muerte prematura, además de entender que no bastaba con cambios superficiales para resolver daños como: desnutrición, anemia, muerte materna, alcoholismo, y muchos más. Había que mirar con muchos más elementos teóricos la enfermedad y la muerte desigual.

Tuve la suerte de estar en un grupo de estudiantes que procedían de experiencias diversas, algunas y algunos con una formación previa en la salud pública, que no les resultaba suficiente para explicar y actuar en un cambio sanitario. La riqueza de sus intervenciones y la guía docente me ayudaron a superar las interpretaciones con las que cotidianamente se abordan los problemas de salud.

En ese tiempo, además participé en un hecho fundamental para la construcción de la corriente médico social, se decidió formar una asociación latinoamericana (ALAMES) que respondía a la necesidad de tener un espacio de confluencia de profesionales de diversos países que desarrollaban alternativas de acción sanitaria y de formación con esta orientación. Nuestro posgrado, junto con el de Río de Janeiro, habían dado la pauta para participar en ese camino docente y de investigación, pero además había un número importante de egresados que avanzaba en la región con propuestas teóricas y de acción. ALAMES es ahora un referente en todos los países y sus miembros han ocupado puestos importantes en los gobiernos de izquierda en diversos momentos.

En esta asociación me encontré con compañeras que, en sus universidades y en su práctica política, nos preguntábamos sobre la importancia de la perspectiva de género en la interpretación de los problemas de salud, no era un tema relevante para quienes estaban coordinando ALAMES, sin embargo, nos empeñamos y logramos introducir las discusiones sobre género y especialmente en lo relacionado con el trabajo en el marco de la determinación social. Y desde esa convicción, de la necesidad de interpretar los temas de la salud y la enfermedad con una perspectiva de género, he desarrollado mi docencia, mi investigación y mi práctica colectiva en la UAM.

Cuando terminé la maestría como estudiante, había muchas posibilidades de integrarme a la institución, estaba conformándose el modelo educativo y los posgrados eran fundamentales para darle el carácter de educación superior que acaparaban las grandes instituciones, pero especialmente era importante darle fuerza al modelo modular Xochimilco. Así se abrieron espacios en los que tuve la suerte de incorporarme. Primero en la Maestría de Rehabilitación Neurológica, un programa pionero en esa área y luego en la Maestría en Medicina Social. Ahora que por cuarta vez estoy en la dictaminadora de área (en la que se deciden, ingresos, promociones, y estímulos), puedo hacer la comparación de esos momentos, con las grandes dificultades que afrontan las persona que, con una formación importante, quieren pertenecer a la UAM.

Los compañeros que habían conformado el grupo fundador, regresaron a sus países de origen y algunas de las tareas que desarrollaban tuvieron que ser asumidas por los nuevos, así me hice cargo de dos: el curso monográfico y la revista *Salud Problema*. El monográfico fue un curso que cada año reunía por un mes a compañeras y compañe-

ros provenientes de otras instituciones mexicanas y de América Latina, se realizaba como taller con lecturas básicas del campo médico social, exposiciones de los temas centrales y discusiones. Estos cursos se mantuvieron por muchos años y lograron que se reconociera el programa como un ámbito académico de críticas y propuestas. Fue una experiencia que permitió crear redes que se reforzaron en ALAMES, y especialmente la de género, trabajo y salud, que me llevaron al tema de investigación, que he mantenido por muchos años, la importancia en la salud de las mujeres de la doble jornada y de las exigencias agregadas de género.

La otra tarea que asumí, la dirección de la revista *Salud Problema*, duró 10 años. Ahora que escribo estas memorias para nuestro medio de comunicación, recuerdo las dificultades para mantener su publicación y especialmente su distribución, regreso a esos ingratos años en los que nos retiraron el apoyo de OPS para enviar los números en papel y tuvimos que destinar parte del presupuesto del programa a pagar el correo.

Quizá la tarea más difícil ha sido la coordinación, especialmente la primera vez, estaba recién llegada y por problemas internos me propusieron que la asumiera, estaba segura de que sería una experiencia compleja y lo fue, con muchas dudas y cuestionamientos la asumí. A pesar de diversas opiniones, logré que el colectivo aceptara pertenecer a la Asociación Mexicana de Enseñanza en Salud Pública (AMESP). Lo asumí como estrategia política para tener presencia a nivel nacional, en el desarrollo de esta asociación y ahí pudimos incorporar discusiones que convencieron a muchos, y nos ganamos el respeto de quienes no coincidían.

Coordiné tres veces más el programa. En cada ocasión las exigencias burocráticas crecieron, pero definitivamente fueron mucho más complicadas durante la pandemia. No me quejo de esta experiencia que me ha permitido crecer y conocer muchos espacios, dentro y fuera de la UAM, pues representar a quienes han construido teórica y metodológicamente la Medicina Social y la Salud Colectiva, es un gran honor. Especialmente ahora cuando nuestras compañeras y compañeros están luchando por un cambio que responda al derecho a la salud, en un gobierno que terminará con el modelo económico y político que estaba llevando a la ruina a nuestra sociedad.

Para finalizar esta breve reseña quiero referir dos experiencias que han marcado mi vida en la UAM. La primera fue nuestra participación en el programa Chiapas, primero con los estudiantes de dos generaciones y luego como parte del programa institucional que encabezaban los compañeros de la Maestría de Desarrollo Rural, tuve la oportunidad de conocer a Don Samuel Ruiz y a varios de los curas que asesoraban y apoyaban a las comunidades, que algunos años después fueron base del EZLN. El alzamiento de 1994 nos cuestionó como nación, pero especialmente llevó a algunos de los miembros de la MMS a una participación mayor.

La segunda experiencia que ha marcado mi vida en la UAM tiene que ver con mi interés por los temas de género, durante diez años participé en el colectivo Cuerpos que Importan. Hicimos visible el problema de la violencia especialmente contra las mujeres y después de varios años de atención a casos elaboramos el primer protocolo para contener esta deleznable situación que afecta la vida de las mujeres en todos los espacios, y que especialmente considerábamos inaceptable en una

institución educativa como la UAM. Siento un gran orgullo por haber compartido con un grupo valeroso de compañeras y compañeros esta lucha por erradicar estas prácticas.

Podría extenderme más y referirme a muchas otras experiencias, o destacar a compañeras y compañeros que, desde mi llegada hasta la fecha, han sido fundamentales en mi formación y en mis afectos, pero terminaría haciendo un relato demasiado largo. Algunas y algunos ya no están, extra-

ño y recuerdo los buenos y los malos momentos que vivimos con mucho cariño. Y estoy segura que los que se fueron estarían al igual que yo, felices de este tiempo estelar de la Medicina Social y la Salud Colectiva, con un cambio de régimen que muestra cómo las diferentes luchas, desde nuestros pequeños núcleos, dan resultado. Me siento profundamente feliz de estar aquí, de haber pasado la mayor parte de mi vida en la UAM y especialmente en este campo de conocimiento y acción.

La Maestría en Medicina Social, ser y estar en el mundo

Edgar C. Jarillo Soto*

La Maestría en Medicina Social (MMS) ha sido un referente vital desde mi formación de licenciatura. Cuando la MMS estaba en gestación y con creación incipiente, tuve la oportunidad de conocer a quienes trabajaban en su formulación completa y a quienes cursaban la primera generación de ese posgrado pionero de la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM), fue posible porque yo estudiaba el segundo año de la licenciatura en medicina y fui representante del alumnado ante el Consejo Académico de la Unidad Xochimilco y simultáneamente ante el Colegio Académico de la UAM, representación que permitió mi participación en la comisión de diseño curricular de la licenciatura de medicina. Fue circunstancia para acercarme a planteamientos desconocidos para mí, y significaron un acceso al espacio de la medicina social, a partir de eso afiancé pertenencia para mi vida.

Muchas de esas ideas las debía contrastar con el enfoque biomédico de la formación médica y los preconceptos de su práctica clínica, y descubrir un horizonte de mucha mayor amplitud del que yo creía y una dimensión social mucho más amplia y compleja. Nombres como Juan Cesar García y Jorge Andrade, coautores del Sistema Modular,

adquirían concreción ahora en el campo de la salud, de la práctica médica, del saber médico. De los docentes iniciales de la MMS conocí a Hugo Mercer, Pedro Crevena, Fernando Mora, quienes compartían otras visiones en la comisión de diseño curricular de la licenciatura de medicina sobre medicina preventiva, servicios e instituciones de salud, profesionales de la salud. María Isabel Rodríguez, un referente en la educación médica, odontológica y de enfermería en América Latina, ofrecía una perspectiva renovada; fue todo un descubrimiento para enmarcar la educación médica fuera de los diques dominantes en ese entonces, y también actuales; con ese tema coincidí con ella en un par de reuniones internacionales en Aguascalientes e Hidalgo donde me invitaron como representante estudiantil.

Durante el servicio social de la licenciatura y al terminarlo estuve 10 meses trabajando en un proyecto con Pedro Crevena y Alberto Monier, ilustre médico destacado en el combate a las epidemias en el mundo y se había jubilado poco tiempo antes de la OMS; también con Leonardo Werthein, epidemiólogo cubano. Ese proyecto contra las parasitosis intestinales en poblaciones del norte de Veracruz y la interacción con ellos contribuyeron a una decisión personal inevitable: cursar la Maestría en Medicina Social. En realidad, solo fue el crisol donde coincidieron mis experiencias académicas, el Sistema Modular de la UAM-

* Egresado de la 6ta generación, docente-investigador de la Maestría en Medicina Social y el Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva, en la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco.

Xochimilco; iniciativas de servicio a la comunidad desarrolladas junto con un grupo de compañeros de la licenciatura en zonas depauperadas del entonces Distrito Federal, la militancia política, el descubrimiento personal de causas sociales y culturales; y un país en efervescencia de cambio, de horizontes nuevos en medio de una América Latina afligida por golpes militares, muchos de cuyos exiliados trabajaban en la UAM-X, como Rogelio de la Fuente, Pablo Carlevaro, Carlos Cristobal, Fernando Mora; contribuyeron a mi formación intelectual y política; conjuntándose con los procesos previos posibilitaron la búsqueda personal de una perspectiva distinta para ser en la vida y ubicarme con unos pies distintos para andar el mundo, ojos nuevos para mirar la realidad, posibilidades grandiosas para pensar y sentir México y el planeta.

Cuando ingresé a la MMS, ya tenía configurado un mosaico de ideas y nociones importantes, preguntas medianamente dirigidas, búsquedas con un cauce delimitado en cierta trayectoria. Allí fue posible poner un poco de orden al caos, estructurar una perspectiva teórica, sistematizar nociones con aportaciones valiosas de Cristina Laurell, Hugo Mercer, Clara Fassler; construí a partir de entonces una identidad y una pertenencia, que me llevaría inmediatamente a vincularme como ayudante de investigación en la UAM-X de Guy Duval con el impulso decidido de Catalina Eibenschutz. Desde allí, se abrió la posibilidad de participar en un convenio de colaboración con la Universidad Autónoma de Nicaragua-León (UNAN-L), allá fui dos años, con uno intermedio de retorno a la UAM-X. Como recién egresado de la MMS pude vivir esa experiencia vital en una vorágine académica, política, social y cultural por la que transitaba la UNAN-León y el país todo; yo con la medicina social actuando en la realidad, en el cambio, con vocación internacionalista, fue un

flujo de riqueza y formación existencial cotidiana, y además compartiendo con Juan Samaja, Pedro Luis Castellanos, Tirsis Quezada mi compañera de generación, con Rebeca de los Ríos egresada de la primera generación, ambas de la MMS, con Miguel Márquez representante de la OPS en el país; con internacionalistas de Francia, Alemania, España, Bélgica, Gran Bretaña, EUA, Venezuela, México, Chile, y en primerísimo lugar los colegas nicaragüenses, toda una amalgama de circunstancias y personas para concretar la medicina social.

Regresar a la UAM-X en 1985, significó encauzar mi esfuerzo en el trabajo académico simultáneamente con la participación política. Lo primero se concretó con el inicio como docente en la propia MMS, al mismo tiempo en el TID, una constante desde entonces. La segunda con la militancia partidaria y la gestación de proyectos de vinculación social como el Centro de Investigación y Capacitación en Salud de los Trabajadores (CICAST), con colegas de la UAM-X y profesionales y militantes de distintas instituciones universitarias de la capital. Nuevamente la medicina social en acción.

Las actividades de los años siguientes se centraron en construir el espacio académico en la MMS en el contexto de la UAM, establecer un dominio específico en la formación de personal de salud y articular la perspectiva académica de la formación de posgraduados con la acción política transformadora y el sustento científico de la medicina social.

En los años siguientes la MMS significó el espacio propicio para desarrollar el nivel de posgrado siguiente al de maestría, la propuesta del Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva (DCSC) y llevarlo a su concreción, fue resultado de un arduo proceso de negociación institucional, con

alianzas, resistencias y oposiciones. Finalmente, la aprobación del DCSC y el inicio de operación en septiembre de 2003, representó el salto cualitativo de la MMS y la continuidad en la formación del posgrado en medicina social/salud colectiva.

La fase de instalación del DCSC para su desarrollo debió sortearse con múltiples limitaciones en medio del apogeo de las políticas neoliberales, en particular en educación, afectando a la UAM, y las políticas de salud transformando el escenario de nuestra práctica social, condiciones donde hemos vivido desde los años 90 y las primeras décadas de este siglo. Los embates han sido diversos y con distinta intensidad al interior de la UAM y en el espacio nacional, la resistencia nos ha permitido sostener la propuesta académica de la MMS y el DCSC en un grupo de trabajo reducido con múltiples acciones combinadas con posiciones de gestión institucional y con nuestras actividades académicas.

Finalmente, lo más significativo de la experiencia personal en la MMS y en el DCSC es la contribución importante en el espacio científico y académico, mantener vigente y con presencia los dos posgrados, la formación de personas posgraduadas en el ámbito nacional, de América Latina y diversos países del mundo. El resultado personal y colectivo se evidencia en grupos de trabajo de nuestros egresados y egresadas en distintas instituciones donde construyen y contribuyen a desarrollar diversas iniciativas y proyectos con una postura teórico-metodológica sustentada en la medicina social/salud colectiva. Hay comunidades

epistémicas valiosas trabajando académicamente y con acción social y política de gran trascendencia. El universo se ha ampliado significativamente, se han diversificado notablemente las temáticas de análisis, las estrategias metodológicas, las perspectivas teóricas, todo ello manteniendo un corpus conceptual basado en sus orígenes y enriquecido con aportaciones recientes con identidad y fundamento en la medicina social/salud colectiva.

La gratificación personal por la opción de formación de personal de salud es la más excelsa por el desenvolvimiento de nuestros alumnos y alumnas en el ámbito sanitario, educativo y del activismo social en distintos niveles y espacios de México y América Latina con nuestra perspectiva; es la justificación más valiosa de la trascendencia académica de la medicina social/salud colectiva. La huella cotidiana es la constante reconocida por quienes han sido parte de este proceso, ser parte de este colectivo amplio y diverso desde sus orígenes, con cincuenta años de desarrollo es una felicidad incommensurable. Celebrar este primer medio siglo de vida pone de relieve el desafío para garantizar la existencia y desarrollo de la MMS y el DCSC para los próximos cincuenta años, hay un largo trecho por avanzar y continuar construyendo con el compromiso asumido desde sus orígenes, cuya vigencia actual y al futuro es mejorar, y hacer de nuestro quehacer académico un espacio presente en la construcción de una sociedad mejor, donde la salud no sea un privilegio por ninguna razón sino condición de existencia basada en el derecho humano en una sociedad inclusiva, suficiente, equitativa y justa para todos y todas.

Una puerta abierta hacia nuevos horizontes

Carolina Martínez Salgado*

La invitación a participar en el número especial de la revista *Salud Problema* con nuestros testimonios y experiencias para conmemorar los 50 años de la Maestría en Medicina Social (MMS) me llevó a rememorar con afecto y agradecimiento una época de mi formación académica plena de descubrimientos y aprendizajes.

Una época plena de descubrimientos porque, como lo explicaba Hugo Mercer en una entrevista efectuada por Granados, Tetelboin y Eibenschutz (2016: 33) para la elaboración del libro conmemorativo de los cuarenta años, a nuestro ingreso a la Maestría los alumnos nos veíamos enfrentados a lo que nuestros maestros llamaban una “ruptura epistemológica”, en la cual se ponía en tela de juicio la visión individual y predominantemente biomédica de la enfermedad, que sobre todo quienes veníamos de la Medicina habíamos adquirido durante nuestra formación profesional. La propuesta era avanzar más allá de esa concepción para entender las relaciones entre la salud y la enfermedad como procesos íntimamente vinculados con lo que ocurre en la sociedad, percatarnos de que los afectados son integrantes de colectividades social e históricamente constituidas, y estudiar las relaciones entre esos procesos y las circunstancias sociohistóricas en las que tienen lugar. Una época plena de aprendizajes porque para acercar-

nos a esa nueva comprensión se nos convocaba a la lectura de inquietantes pero fascinantes autores de campos bien distintos al del saber biomédico, que era el que hasta entonces había yo estudiado, como Foucault, Bourdieu, Canguilhem, por mencionar solo algunos de los que más radicalmente revolucionaron la visión del mundo que hasta entonces había tenido.

Imposible olvidar a nuestros maestros de aquel par de años, un período que hoy se antoja tan breve pero que fue tan significativo por el cambio de mirada al que a muchos de nosotros nos llevó. Aún hoy puedo evocar las para mí tan novedosas aportaciones de Hugo Mercer y algunos de sus invitados como Atilio Borón y Néstor García Canclini, las de Cristina Laurell y José Carlos Escudero que me introdujeron a la epidemiología social crítica, las de Danuta Rajs, valiosísima maestra, las de Catalina Eibenschutz y Clara Fassler, con Mario Testa como uno de sus convidados, las de Gustavo Leal, quien con su brillante capacidad expositiva nos explicaba *El Capital*, la gran obra de Marx. Aprendizajes, cada uno de ellos, fundamentales para lo que se iría constituyendo como mi propio enfoque de investigación. Cursar la MMS fue para mí como cruzar una puerta que se abría hacia nuevos horizontes, un puente por el que atravesé hacia los caminos que desde entonces recorro (Martínez, 2004 y 2011).

* Departamento de Atención a la Salud, UAM-X.

La epidemiología social crítica que conocí a fines de los setenta como integrante de la tercera generación de la MMS (Jarillo y Granados, 2016: 142), a la que pude sumar un poco más adelante los aprendizajes obtenidos en el Doctorado en Ciencias Sociales con especialidad en Estudios de Población a fines de los ochenta (Martínez, 1993), se convirtió en una de las perspectivas centrales que desde entonces orientan mi trabajo. Desde muy temprano me interesé en las múltiples interrogantes que plantea la problemática de salud mental, a lo cual dediqué mi tesis de Maestría (Martínez, 1979). Pronto comencé a ocuparme también del estudio del perfil de daños a la salud de la población mexicana, con especial atención a esa manifestación extrema del mismo constituida por lo que en demografía se conoce como la mortalidad por causas, cuya evolución he seguido desde principios del siglo pasado hasta nuestros días para estudiar sus relaciones con las condiciones ambientales, sociales, económicas y culturales en las que viven los integrantes de los distintos grupos sociales, observar sus modificaciones, la correspondencia de éstas con los cambios económicos y sociales experimentados en el país, y desde ahí cuestionar las interpretaciones que han pretendido naturalizar su curso (Martínez y Leal, 2003; Martínez 2022).

Cuando empleo la palabra “crítica” para describir la perspectiva que adopto en cada una de las disciplinas que a lo largo de mi camino he ido incorporando, quiero aludir básicamente a dos características: la primera, una postura epistemológica que parte del reconocimiento de la construcción social e histórica de la realidad en donde imperan ciertas fuerzas estructurales gobernadas por las relaciones de poder, y la segunda, una modalidad de investigación comprometida con la búsqueda de la justicia social que supone interesarse no sólo por la explicación de los hechos, sino también por el entendimiento de su génesis, de las fuerzas que los configuran y de las posibilidades de transformación que pueden abrirse para alcanzar nuevas y mejores situaciones futuras.

La perspectiva de la epidemiología social crítica permite develar la trascendencia que tiene el derrotero que cada sociedad logra darse, sobre el destino del perfil de daños a la salud y la salud mental de sus integrantes, cuyo curso no está fatalmente predefinido, sino que se va forjando en el devenir histórico. Hasta aquí sólo algunas de las valiosas piezas comprensivas que este escrito conmemorativo me ha dado la grata ocasión de agradecer a la MMS.

Referencias bibliográficas

- GRANADOS, J., TETELBOIN, C. y EIBENSCHUTZ, C. (2016). Los años fundacionales de la Maestría en Medicina Social. Periodo 1975-1985. En: Jarillo, E. y Granados, J. (coord.) *La Medicina Social en México. Cuarenta años de la Maestría en Medicina Social*. México: UAM, 21-48.
- JARILLO, E. y GRANADOS, J. (2016). *La Medicina Social en México. Cuarenta años de la Maestría en Medicina Social*. México: UAM.
- MARTÍNEZ, C. (1979). *Trastornos mentales en la Ciudad de México en un período de crisis económica, política y social*. Tesis de Maestría en Medicina Social. México: UAM-X.
- MARTÍNEZ, C. (1993). *Sobrevivir en Malinalco. La salud al margen de la Medicina*. México: El Colegio de México/UAM-X.
- MARTÍNEZ, C. (2004). La salud: un objeto de estudio transdisciplinario. *Quehacer científico*. México: UAM-X, 149-158.
- MARTÍNEZ, C. (2011). Abrir la epidemiología. En: Eibenschutz, C. et al (coords.). *¿Determinación social o determinantes sociales de la salud?*. México: UAM, 71- 90.
- MARTÍNEZ, C. (2022). De qué nos habla el perfil de daños a la salud de la población mexicana. En: Chapela, M. y Contreras, M. (coords.). *¿Para qué y para quién las Ciencias Biológicas y de la Salud?* México, UAM-X, 273-286.
- MARTÍNEZ, C. y LEAL, G. (2003). Epidemiological transition: model or illusion? A look at the problem of health in Mexico, *Social Science & Medicine*, vol. 3, núm. 57: 539-550.

El Doctorado de Ciencias en Salud Colectiva desde una mirada personal

José Moya Medina*

Supe que la Universidad Autónoma Metropolitana sede Xochimilco (UAM-X) lanzaba un Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva gracias a un buen amigo que trabajaba conmigo en la Organización Panamericana de la Salud (OPS) México. Y a partir de esta información y averiguaciones posteriores decidimos ambos aplicar para ser considerados en este doctorado, un deseo que finalmente logramos. El grupo lo conformamos 10 estudiantes, cuatro de los cuales éramos extranjeros: un cubano, dos colombianas y yo peruano. Fue también el inicio de una larga amistad que conservamos todo este tiempo y que incluyó a los docentes y tutores de tesis, personas extraordinarias, tan comprometidas, que nos ayudarían a una mayor ampliación de la forma de ver, entender y actuar sobre la salud y sus determinantes.

Así comenzaron las clases, los semestres académicos, los seminarios, las sesiones con los tutores y, sobre todo, los espacios de discusión que surgían en cada actividad académica. Muchos invitados de lujo, líderes regionales en el campo de la medicina social y la salud colectiva, autores de libros. Fue muy grato también saber que la OPS

estuvo involucrada en la creación de la maestría en Medicina Social y que a lo largo de estos 50 años haya sembrado en muchos hombres y mujeres las capacidades de analizar, intervenir políticamente y transformar las condiciones de vida que determinan los resultados en salud.

Desde la Medicina Social y Salud Colectiva se ampliaba el horizonte de los cuestionamientos sobre los resultados de salud, del bienestar, de la justicia, de los derechos humanos, de las desigualdades en salud indignantes y evitables. Incluía entonces la mirada sociológica, antropológica, filosófica, étnica, de género, a esa construcción de un nuevo pensamiento, que durante el tiempo anterior había estado reducida a la enfermedad, la infectología y la epidemiología de campo. La perspectiva de la Medicina Social y la Salud Colectiva contribuía a interpelarme y sensibilizarme sobre las injusticias que se expresan por el lugar donde naces, por tu lengua materna y por el color de la piel.

Desearía haber profundizado más sobre estos temas de salud pública y colectiva en mi época de estudiante de grado. Pero fue recién en mi primer año de médico cuando fui marcado al aproximarme a las condiciones de vida de las personas, a la pobreza histórica de miles de hombres y mujeres

* Doctor en Ciencias de Salud Colectiva. UAM-X. Primera promoción.

de las comunidades quechuas campesinas que vivían en mi departamento y donde finalmente pude trabajar, conversar y observar. No era ajeno a esa realidad. De niño había estado con mi padre en algunas de esas comunidades andinas y selváticas mientras él trabajaba en sus tareas de juez. También había aprendido de él a respetarlos, a conocer sus casas, a comer con ellos, a jugar con otros niños. Lo que no logré fue hablar el quechua tan bien como lo hacía mi padre, que podía entender la dimensión de las palabras y a través de ellas los sentimientos de alegría, de tristeza y de dolor.

Al iniciar el ejercicio de la medicina me hizo mucha falta hablar quechua para conocer en verdad el dolor de la guerra, de la muerte, del terror que esas comunidades experimentaron durante una década de horror. En las visitas médicas del servicio de Medicina del Hospital de Apoyo de Huamanga, un buen amigo y colega Manuel Pérez, me ayudaba a reflexionar sobre la pobreza y su relación con la tuberculosis que padecían la mayoría de nuestros pacientes. Conocí los asentamientos de desplazados que huían del terror de sendero luminoso y que se instalaban en los campos cercanos a la ciudad de Ayacucho. Pequeños campamentos de gente abatida, con cuerpos agotados, entumecidos, con miradas infinitas. Y allí, al lado, los cementerios, y las primeras preguntas: ¿quiénes se morían? ¿de qué se morían? ¿qué precipitaba la muerte?

Estas preguntas me acompañaron siempre y pude darles sentido a las respuestas durante mi paso por el doctorado. Me siento feliz de que mi tesis sobre el desplazamiento y cambios en salud en Ayacucho, Perú: 1980-2004, haya generado un libro. Tuve sin duda en Sergio Lopez a la persona indicada para asesorar el desarrollo de la investigación, de los métodos, y de comprender también sus limitaciones. Sergio me orientó en la

búsqueda de un adecuado cuerpo teórico, y desde la investigación cuantitativa y cualitativa avanzar en la historia, en el sufrimiento y cómo éste se encarna en los cuerpos, en los pensamientos, en la insania, en el alivio del alcohol y en la muerte. Las comunidades indígenas de Perú vivieron explotadas por cientos de años, marginadas, excluidas, ocultas. Así, aún hoy, transcurre la vida de miles de niños, de hombres y mujeres. Esas mismas injusticias históricas son las que mi padre había desafiado al inicio de su profesión de abogado, cuando pudo organizar a esas comunidades veinte años antes de la primera alerta de los tiempos del terror.

La etapa del doctorado fue para mí de una enorme riqueza interna, por todo lo que escuché, por las personas que conocí, por los diálogos con mis compañeros y con los profesores. Me gustaría mucho decir también por todo lo que leí, pero leía menos que mis compañeros, ya que mi carga laboral me lo impedía, aunque tuve acceso a una basta bibliografía que mantengo ordenada y a la que vuelvo aún hoy una y otra vez.

Al concluir el doctorado continué mi recorrido con la OPS en otros países y el primero de ellos fue Brasil. Un extraordinario encuentro con el Sistema Único de Salud (SUS) y con sus exponentes teóricos, pero sobre todo con una organización social, comunitaria, que defendían los derechos humanos y de salud, para las minorías, los pueblos amazónicos, los negros, los pobres del noreste. Allí también aprendí de ABRASCO, y en las reuniones en las que pude participar y donde tomaba cuerpo los tres niveles de gobierno de la salud: el municipal, el estatal y el federal, y en todos ellos la participación ciudadana. Y luego República Dominicana, Argentina, Venezuela, Cuba y ahora la vida me da la suerte de volver a México donde terminaré este recorrido opesiano. De to-

dos mis destinos guardo un recuerdo invaluable, y creo haber sido consecuente en los espacios de reuniones de intercambio, donde había que hablar y actuar en consecuencia a los valores y la ética de la salud colectiva. Espero haber dejado alguna huella sobre ese enfoque en varios colegas que ahora siguen sus propios caminos. De mi experiencia en Cuba puedo decir algo más, no solo porque me tocó la pandemia, sino también porque de alguna manera me marcó profundamente. Recorrí el país desde Pinar del Río hasta Santiago. Estuve en una unidad de médicos y enfermeras de familia, en un centro de salud y en varios hospitales de tercer nivel. Conocí médicos rurales, visité la ELAM donde compartí con jóvenes de todas partes del mundo estudiando para ser médicos, con esa alegría y formación humanista que les daba Cuba. Tuve la oportunidad de conocer de primera mano la experiencia de los científicos que desarrollaron las vacunas contra la COVID-19 y que me explicaron las diferencias de los cinco candidatos que avanzaron a las fases clínicas, tres de los cuales fueron autorizados y que le permitieron controlar la pandemia. Fue el único país de América latina y el Caribe que lo hizo con las Soberanas y Abdala.

Sin duda a estas alturas puedo sentirme un salubrista privilegiado. Desde mis funciones como epidemiólogo en Ayacucho, y tantos otros lugares del Perú, donde pude participar de brotes y epidemias que se explicaban por las condiciones de vida de ese quintil pobre, hasta mi paso por

algunas comunidades africanas todavía más pobres, finalmente llegando a Haití donde empezó mi historia en la OPS.

Para concluir, quisiera compartirles el recuerdo de un hecho que siempre guardaré como una de las lecciones más importantes de mi vida. Me la dio una joven salvadoreña de unos 20 años, y que había pasado la mayor parte de su vida en un campo de refugiados en Honduras. Allí se había formado como promotora de salud, y fue la persona que entonces me acompañó a dar atención a un conjunto de mujeres que hacían fila en el puesto de salud para atender la repatriación que Médicos Sin Frontera había instalado. Yo era un novísimo médico general que dijo apresurado en el primer contacto que estaba allí para “ayudar”. La promotora me miró consternada y me dijo: *“aquí no vienes a ayudar, en unos días más te irás y nada habrá cambiado por acá”*. Me quedé en silencio, y solo atiné a participar con ella de la atención de esas mujeres que venían a ver al doctor. Creo que al final me gané su confianza y la de las mujeres que buscaban más que nada un espacio de escucha con alguien de fuera de su comunidad, a quien contarle su vida, su historia, su duelo, sus problemas, su ansiedad, su insomnio, las extrasístoles que sentían en sus pechos, y su tristeza de volver a su país luego de la guerra. En efecto, a los pocos días me fui, pero jamás olvidé ese momento que me dio la fuerza para hacer de esta profesión, ojalá, un pequeño instrumento de cambio y transformación.

Contribución de la Medicina Social en mi vida profesional

Susana Martínez Alcántara*

Haber participado en el campo de la Medicina Social, primero como alumna del posgrado y luego como docente en distintos espacios académicos, marcó mi trayectoria profesional y me permitió diseminar los postulados teórico-metodológicos que vertebran a esta corriente y que han alcanzado otros espacios de generación de conocimiento.

Como alumna del posgrado me dotó de contenidos teóricos críticos y me dio las herramientas para aprender a investigar bajo mi formación basal en el campo de la Psicología. Mi incorporación en un gran proyecto de investigación con trabajadores del metal en la Siderúrgica Lázaro Cárdenas, al lado de Cristina Laurell y Mariano Noriega (QEPD) me nutrió de habilidades, destrezas y un compromiso social con la población trabajadora. Durante mi formación fue fundamental la reflexión sobre los determinantes histórico-sociales del proceso salud-enfermedad, la cual permeó las explicaciones ofrecidas alrededor de este fenómeno y fueron una herramienta fundamental para generar mi propio conocimiento y el de mis alumnos y alumnas.

En términos profesionales me dotó de un conocimiento crítico sobre el quehacer en el campo de la salud-enfermedad. Particularmente en el área

de la salud mental en el trabajo, la recuperación del pensamiento marxista, nutrido con los aportes de diversos teóricos, me permitió reflexionar alrededor del concepto “enfermedad mental” y su contraparte la “salud mental” y optar por el de la “integridad mental” como base para una mirada alternativa a este campo del conocimiento. Esta reflexión estuvo marcada por la teoría de la alienación de corte marxista que da cuenta de la pérdida del proceso y del producto del trabajo y el impacto histórico que este fenómeno tiene en la subjetividad de la población trabajadora, en tanto se le ha enajenado sus conocimientos y gusto por las tareas, y han sido transferidos a los cada vez más modernos medios de producción. La alienación como pérdida de control sobre el proceso de trabajo y su producto, se perfila como un fenómeno que alcanza el pensar y el sentir de la clase trabajadora, e incluso a toda la sociedad, con consecuencias generalmente negativas que amenazan la existencia humana, como es la contaminación atmosférica, en donde el sector productivo tiene una gran responsabilidad e impacta al individuo, a su salud y a la presencia de vida a nivel planetario.

Los contenidos teóricos-críticos-médico-sociales adquiridos en mi formación como Maestra en Medicina Social fueron incorporados en los planes y programas de estudio de dos distintos posgrados, como es el caso de la Maestría en Trabajo y Salud,

* Profesora-investigadora de tiempo completo en la UAM-X.

antes y durante mucho tiempo denominada Maestría en Ciencias en Salud de los trabajadores. Durante más de 30 años han sido pilar fundamental en el Módulo denominado Salud Mental de los Trabajadores, ahora Trabajo y salud mental.

Como una derivación importante de la vida académica universitaria, se conformó una Red de Investigadores en Factores Psicosociales en el Trabajo, con participantes de México en un inicio y posteriormente con la incorporación de investigadores de distintos países, cuyo objetivo es indagar el impacto que el trabajo tiene en la integridad mental de los trabajadores de distintos sectores laborales, analizar las políticas públicas que se han emitido para atender la problemática alrededor del binomio trabajo-salud mental y la generación de propuestas de intervención. Como Red se han discutido los fundamentos teórico-metodológicos del trabajo y la salud, particularmente lo que atañe a la subjetividad de los trabajadores y esa discusión ha quedado concretada en artículos y libros que contribuyen a la generación de conocimiento.

Se han impulsado también numerosos congresos a nivel nacional e internacional en los cuales se ha discutido desde una mirada crítica el papel que la esfera de la producción tiene sobre el trabajo y la salud física y mental de los trabajadores. En estos congresos participan investigadores que en sus lugares de origen han incorporado los aportes que la medicina social y la salud colectiva ofrecen, para el abordaje de este fenómeno en particular. Los principales lugares en donde se han realizado los congresos de la Red, son en el Estado de Morelos, Guadalajara, Jalisco, Bogotá, Ciudad de México, Argentina, España, Brasil y en fechas próximas en la Ciudad de Guatemala. Bajo los

auspicios de la Red, de la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco y en mi calidad de Presidenta se realizó el 2º. Congreso de las Américas sobre Factores Psicosociales, Estrés y Salud Mental en el Trabajo en el año 2014, estando como Coordinadora de la Maestría en Ciencias en Salud de los Trabajadores. Se contó con la participación nutrida de investigadores del país, de Latinoamérica, de Estados Unidos, de España. Las ponencias presentadas dieron paso a un libro electrónico, cuyas memorias se encuentran contenidas en la página web de dicha Red.

El trabajo impulsado desde la Maestría, como médica social, incluyó la realización de investigaciones con distintas poblaciones, siendo los trabajadores académicos del sector universitario al que dediqué la mayor parte de mi tiempo. Sin embargo, en mis primeros años como investigadora, se realizaron estudios que dejaron un cúmulo de conocimientos y que despertaron mi interés profundo por continuar en este campo: es el caso de la investigación realizada en La Jornada, diario de circulación nacional, en la Cooperativa Pascual de la industria refresquera y por supuesto el realizado en la Siderúrgica Lázaro Cárdenas. De estas investigaciones en las que participaron colegas y alumnos y alumnas del posgrado, se generaron múltiples trabajos presentados en distintos foros nacionales e internacionales y también fueron publicados en diversas revistas especializadas.

Durante 36 años he sido docente de la Universidad Autónoma de Querétaro en la Facultad de Psicología y Educación, específicamente en el posgrado de Psicología del Trabajo. Los aportes de la medicina social también quedaron plasmados en el Plan y Programas de Estudio, particularmente en dos Seminarios denominados: a) Proceso

Salud-Enfermedad y b) Proceso de Trabajo, condiciones laborales y daños en la salud. Cada año se recibe una nueva generación, con quienes he tenido el placer de compartir este conocimiento y discutir el alcance del mismo en sus espacios laborales.

La Medicina Social ha sido parte de mi vida laboral y profesional, pero también me acercó a perso-

nas que han marcado mi vida personal, de quienes me nutrí de su conocimiento y reforzamos lazos de compromiso, de solidaridad, de amistad y de hermandad. Han sido los mejores años de mi vida. Gracias a todos y a todas quienes han dejado huella en mi pensar y en mi sentir.

Dos miradas en mi andar por el posgrado en Salud Colectiva

Addis Abeba Salinas Urbina*

Han pasado 22 años desde que me inscribí al Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva. En ese momento, mi ingreso al posgrado me generó alegría y emoción; dado que se abría una posibilidad para mi desarrollo académico. Sin embargo, también se vislumbraba como un proceso retador, por diferentes motivos; uno de ellos era que, algunos de mis colegas con quienes había compartido actividades académicas en la Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco, ahora pasarían a ser del bando de mis profesores, pensarlo me estresaba, sentía que tanto mi formación como mi desempeño académico estarían en el ojo de la observación y la crítica. Aun cuando ni ahora ni entonces tenía ni tengo motivos para justificar esa sensación, bueno, quizá sí, no ocuparé este espacio para esa reflexión.

Otro desafío era tener que dividir mi tiempo entre la docencia y mis actividades como estudiante del doctorado ¿todo en la UAM? sí. Así inicié el ir y venir entre el aula de posgrado del edificio A; los edificios H, B y E (el Papalote), en los cuales indistintamente podría impartir docencia, sin dejar

de transitar por el edificio H, donde se ubicaba mi cubículo.

De qué hablaré en este texto, por supuesto, del tema de mi tesis de posgrado, los significados de la sexualidad en la práctica profesional de los estudiantes de medicina; pero me enfocaré en los detalles que no quedaron asentados en ningún documento y sí dejaron para siempre una huella en mi memoria. Me interesé por explorar la sexualidad cuando siendo estudiante de pregrado me inscribí a un seminario optativo en el que se profundizaba sobre el tema, cabe anotar, que eso no fue definitorio para que no cometiera alguna que otra burrada en mi vida, de lo que sí estoy segura es que “sembró una semilla” para retomar esas enseñanzas en mi trayectoria académica y profesional.

Vale confesar, que antes de decidir qué investigar, planteaba mis inquietudes a mis compañeros de trabajo, tanto en una institución de salud, donde laboré previo a mi ingreso a la UAM, como en una universidad en California, donde realicé una estancia de investigación, ellos manifestaban su incredulidad hacia mi tema de interés, y me inquirían ¿Por qué hablar de algo que es conocido y evidente para todos? Es parte de la naturaleza

* Profesora-investigadora de tiempo completo en la UAM-X.

humana ¿qué vas a descubrir? Los profesionales de la salud tienen amplios conocimientos y abordan el tema con gran destreza, dada su formación en la disciplina médica. Cómo explicarles que había que ir más allá de lo visible en el cuerpo, más allá del síntoma, más allá de lo incuestionable, más allá de lo común. Cómo transmitir la idea que, alguna vez, expresé en una ponencia presentada en un congreso internacional: *hablar sobre sexualidad en este escenario, en otro idioma, aun con las limitaciones que tengo para expresarme fluidamente en inglés, resulta menos retador porque me implicó de manera diferente, en cambio, hablar en mi lengua materna me hace muy consciente de las palabras, de su significado y de la consecuencia en mi persona*. En ese momento, la pregunta de investigación estaba en construcción y no tenía la narrativa para sostener la trascendencia de esta indagatoria.

Con las mil inquietudes generadas por mi limitada visión del problema y por el tsunami de cuestionamientos de mis cercanos, ingresé al posgrado. Ahí encontré un espacio de acompañamiento y de discusión, he de decir que muchas veces fue desde la inmadurez de mis ideas y de los planteamientos teóricos, por ende, el único camino era trabajar en ello. Entonces, otros retos surgieron, por mencionar alguno, me cuestioné, cómo vincular la epidemiología crítica de Jaime Breilh, la teoría del desarrollo humano de Amartya Sen y los cuestionamientos al modelo médico hegemónico de Eduardo Menéndez con los autores revisados para mi investigación, Michel Foucault con sus tres tomos de *Historia de la Sexualidad*, Jeffrey Week con sus planteamientos acerca de la construcción social de la sexualidad, o bien, la re-

flexión en torno a la mercantilización de la vida reproductiva de Maria Andréa Loyola. Con estos últimos autores identifiqué que la sexualidad, como una construcción social, no tenía cabida en el campo de las ciencias de la salud, ello me llevó a proponer que la salud sexual y reproductiva no tenía que verse desde el mismo lente, que las condiciones económicas pueden desencadenar una desigualdad entre hombres y mujeres y ampliar la brecha de injusticia social. Que las decisiones reproductivas no son derechos ejercidos en el marco de acción de la medicina y que esta se ha olvidado del sentir, del ser, de la emoción.

Hoy, tengo la oportunidad, día a día, de ir madurando y reconstruyendo mi pensamiento sobre la complejidad que Edgar Moran me invitó a ubicar y que esta se convierte en un reto constante.

Del otro lado de la cancha.

En el trimestre de otoño de 2010, me asignaron al Seminario de Investigación I, en el Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva, así inicié como directora de tesis, desde entonces hasta la fecha he acompañado a seis doctorandas, cuatro que ya concluyeron y dos más que siguen confrontando sus ideas con ellas mismas y conmigo. Con Clara Yaneli, Nancy, Jesús, Icela y Viviana he tenido un relevante intercambio de ideas, enriquecedoras reflexiones, sin dejar de lado, por supuesto, las discusiones sobre nuestras diferentes posturas. El tema de la sexualidad, la salud sexual y reproductiva y la perspectiva de género no dejan de confrontar nuestro día a día y nuestro ser y comportarnos. No obstante, puedo confirmar que esta ha sido una etapa muy productiva.

Quiero terminar esta reflexión dejando constancia que esos colegas que generaron en mí cierta ansiedad, tiempo atrás, hoy son parte de mi trayectoria académica vía un artículo, un proyecto colaborativo, una clase, un taller, también nos hemos acompañado para generar cambios en nuestra sociedad. En el camino se han agregado los y las estudiantes y sus fuertes, perseverantes y valiosas presencias. A todos gracias por sus enseñanzas y por su retroalimentación, en aquellas ideas que parecían inviables.

El posgrado ha abierto la puerta para poner el tema de la sexualidad y el género como la raíz

de diferentes problemáticas en el ámbito de la salud, la amplitud en esta visión se funda en las discusiones dadas en este programa, romper con las ideas normalizadas y con la naturalización de los comportamientos sexuales no es tarea fácil, seguiremos avanzando con las propuestas de los integrantes del programa y con las creativas contribuciones de las alumnas y alumnos que se han atrevido a transitar por este camino.

Que sean muchos años más de existencia del programa y de discusiones profundas y retadoras.

La medicina social de Xochimilco

Edson Jair Ospina Lozano*

Tuve una corta pero intensa formación social en salud durante mis estudios de odontología en la Universidad Nacional de Colombia (UNAL). En mi último semestre, participé en la profundización de Salud Familiar, línea académica liderada por tres profesoras del departamento de Salud Colectiva de esta universidad, quienes orientaban procesos de formación a partir de una inmersión con comunidades marginadas del Sur de Bogotá y una constante reflexión sobre el papel de las inequidades sociales en las condiciones de salud de estas comunidades.

Tres años más tarde, varios integrantes de esta línea de profundización participamos en el X Congreso de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES) realizado en La Habana, Cuba, a mediados del 2000. Allí escuché por vez primera hablar de la maestría en “Medicina Social de Xochimilco”, y luego de haber prestado atención a las conferencias centrales y conversar con una persona clave en el pensamiento médico latinoamericano, me propuse estudiar este posgrado.

Este interés se pospuso durante varios años debido a que, por haber participado en el movimiento estudiantil y mi cercanía a organizaciones cam-

pesinas, la inteligencia militar de Colombia me acusó de ser integrante de un grupo insurgente. El temor a la cárcel e incluso a la muerte me llevó a ocultarme durante diez meses en un olvidado pueblo del centro del país. Durante este tiempo de vida clandestina me dediqué a leer literatura e historia, y a exhortarme a hacer de mí una persona útil para la sociedad.

Así, una vez la justicia reconoció ese agravio en mi contra, retomé mi vida laboral y fue en comunidades rurales en el Cauca. Inicialmente como un odontólogo nómada en el filo de los Andes que, con ayuda de una unidad portátil, atendía a indígenas Yanaconas que vivían dispersos por esas montañas. Luego como “secretario de salud” en un convulso municipio del oriente de este departamento; territorio donde dinamicé políticas sanitarias interculturales, en medio de disputas políticas entre indígenas Nasa y campesinos, ejercicios de poder que desembocaban en violencia política.

Estas experiencias fortalecieron mi interés en este posgrado y finalmente ingresé a la Maestría en Medicina Social de la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco (UAM-X). Llegué a Ciudad de México en octubre de 2005 a estudiar este posgrado, en medio de la ansiedad por la distancia y la incertidumbre financiera.

* Profesor de la Universidad Nacional de Colombia.

Ante esto, mi madre, maestra de secundaria ya jubilada, nacida en una vereda llamada Chagres, región cafetera del norte del Tolima, me ofreció su apoyo moral y económico.

Fueron 30 meses de una experiencia insuperable. De esto destaco tres asuntos fundamentales para mi vida profesional y profesoral. La primera, y para mí la más importante, es el ejercicio pedagógico. En la UAM-X se dinamiza un sistema modular que posiciona conocimientos interdisciplinarios para conocer y transformar una realidad concreta. Además, esta labor se genera en un escenario democrático y afectuoso que procura disminuir la jerarquía del docente y favorecer el protagonismo de los estudiantes, es un proceso que impulsa habilidades para el análisis sociosanitario y la reproducción de ideas de forma verbal y escrita. Allí, por vez primera, comprendí la importancia de la estructura del aula en la pedagogía.

El segundo se relaciona con la diversidad disciplinaria, y las experiencias y expectativas que desde allí derivan. Deliberar sobre el campo de la salud con personas de diferentes trayectorias profesionales fomenta análisis profundos que vigorizan la praxis socio médica. Por lo general, esta diversidad se acompaña de experticia en servicios de salud, liderazgo en sistemas sanitarios, participación en organizaciones sociales, todas dimensiones socio políticas que fortalecen la formación posgradual. Esto me ha motivado a promover estrategias interdisciplinarias e intergeneracionales en las reflexiones e intervenciones socio sanitarias en donde participo como profesor.

El último asunto corresponde a las conexiones que durante medio siglo ha construido esta maestría con diferentes estamentos en América Latina. A partir de una solidaridad académica, este posgrado continúa haciendo aportes cualificados a universidades e institutos de investigación, organizaciones sociales y populares, y gobiernos nacionales y regionales. Este posgrado ha sido un crisol de conocimientos y prácticas sanitarias que provienen de diferentes países y allí adquieren un carácter sociocrítico que alienta su retorno a varias latitudes de este subcontinente. La idea de una praxis socio médica dinamizada en diversos sectores de la sociedad me ha impulsado a interactuar con comunidades rurales y organizaciones populares alrededor de sus propias tensiones en salud; esto desde una metodología que permite que estos sujetos agencien soluciones desde sus saberes y experiencias.

Hoy, 17 años después de haber egresado de esta Maestría y de 12 años como profesor del Departamento de Salud Colectiva de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Colombia, manifiesto de nuevo mi agradecimiento por los aportes recibidos en este viaje formativo. A la par, resalto que la angustia y la incertidumbre con las que llegué a México se desvanecieron en la UAM-X, porque allí encontré el cariño y el apoyo material de parte de secretarías, profesores/as y compañeros/as de estudio.

50 años de la Maestría en Medicina Social y los 20 años del Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva: La influencia de estos programas en mi práctica profesional y académica

Roselia Arminda Rosales Flores*

En las siguientes líneas compartiré algunas de mis experiencias entre mi formación académica y el trabajo que desarrollo actualmente. A finales de la década de los 90s, trabajando con las mujeres en Guatemala, en una de las zonas donde fue más cruenta la guerra civil, en un momento histórico marcado por los acuerdos de paz entre la Guerrilla y el Estado Guatemalteco, sentía la necesidad de explicar las problemáticas de salud más allá de lo que había aprendido en la licenciatura en Medicina. Necesitaba entender de otro modo la salud y la enfermedad y explorar otros marcos teóricos-metodológicos, otras formas de relación, que permitieran comprender las prácticas sociales y médicas. En ese momento, llegó a la región donde me encontraba el Dr. Juan Carlos Verdugo. Él es egresado de la Maestría en Medicina Social. Brillante e incansable luchador por la justicia social y la equidad en salud buscaba organizar a las personas para transformar el sistema de salud en Guatemala. Supe, al escucharle, que ese era el marco teórico que necesitaba para explicar y comprender la problemática en mi país de origen y para transformar la realidad social que en ese momento sucedía. Con ello en mente, tuve el privilegio de ingresar a la Maestría en Medicina

Social y posteriormente al Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva.

Actualmente soy profesora-investigadora en la licenciatura de Promoción de la Salud (LPS) de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM), mi incorporación a esta institución data ya de 20 años e indiscutiblemente se debió a mi formación en la Maestría de Medicina Social, ya que en aquel entonces, la búsqueda de académicos y académicas para esta licenciatura e institución consistía en perfiles que no solo se limitaran a impartir programas de estudio, sino que diseñaran los cursos faltantes correspondientes a los tres últimos semestres de la licenciatura, tomando como base lo planteado en los apartados directrices del plan de estudios, que dibujaba una comprensión amplia de la salud, no limitada exclusivamente al fenómeno biológico.

Uno de los principios formativos fundacionales de la UACM era generar perfiles de egresos de licenciaturas e ingenierías distintos a la oferta educativa del resto de las instituciones de educación superior, bajo la premisa de atender necesidades sociales no resueltas por otras profesiones, es así que quienes conformamos el equipo de diseño del conjunto de programas asignados en ese momen-

*Profesora-investigadora de tiempo completo en la UACM.

to, contábamos con un enfoque social (en su mayoría formados en la licenciatura de Medicina y en el programa de Maestría de Medicina Social y el Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva de la UAM-X) que cumplía con las expectativas profesionalizantes para la Promoción de la Salud como campo de conocimiento.

Desde esta primera tarea reconocí en el diseño de las distintas asignaturas, cómo la formación en el programa de maestría aportaba elementos para el debate y toma de acuerdos de aquello que conformaría a esta licenciatura y al aplicar el programa en las clases establecer una ruptura con las concepciones tradicionales sobre las que venían formándose los y las estudiantes y que les ampliaba su campo de acción.

El Doctorado en Salud Colectiva lo realicé simultáneamente a mi trabajo como docente-investigadora, así logré que mi práctica docente se afinara, reconociendo los elementos más esenciales para la formación en licenciatura. A partir de entonces y ya con esta experiencia formativa terminada, los proyectos de investigación vinculaban las condiciones especialmente laborales y materiales con los problemas de salud y calidad de vida, pero también con propuesta de prácticas desde la promoción de la salud individual y colectiva. Ello desde las tesis que he dirigido, como desde las investigaciones realizadas con colegas internos y externos a la institución a grupos específicos de la población, que han dado pie a la conformación de

libros para la difusión de los productos de investigación como de las otras tareas sustantivas que me corresponden.

La vinculación más clara entre mi formación en los posgrados y mi trabajo como docente-investigadora en la licenciatura en PS, se refleja en los eventos académicos realizados y organizados con una participación colaborativa interinstitucional consistentes en 2 Congresos Internacionales de Determinación Social, Promoción de la Salud y Educación para la Salud, ambos con sede en la UACM, el primero en 2018 fue presencial en el plantel San Lorenzo Tezonco y el segundo virtual el cual se transmitió desde la sede administrativa de rectoría en 2022. Esta experiencia me atrevo a decir, nos permitió visualizar -por las evaluaciones realizadas por los comités organizadores de ambos eventos- el impacto que tiene los programas de posgrado de la UAM-X al que muchos de los ponentes, nacionales y extranjeros hacen referencia, ya sea porque se formaron en ellos o porque han colaborado con colegas que lo hicieron.

En estas exposiciones de trabajos, experiencias, talleres e investigaciones se observó la diversidad de problemáticas en salud explicadas desde la medicina social y la salud colectiva, las diferencias y similitudes entre las distintas localidades de la región, el intercambio de estrategias e ideas para la obtención de logros y los desafíos económico-políticos para la atención de los problemas de salud de los colectivos en América Latina.

La MMS: una visión de vida y de salud

Victoria Ixshel Delgado Campos*

La Maestría en Medicina Social formó en mí una visión de vida y de salud que cuestiona lo establecido, que se aleja de miradas clásicas sobre el origen de las cosas y que propone una forma crítica de pensar y de entender el mundo. Muchas decisiones profesionales y personales al final, tratan de eso, de cómo te colocas en el mundo y respondes a él. Así que, Medicina Social fue para mí, ese lugar que moldeó principios filosóficos y también éticos para abrir camino a una mirada no común de entender la realidad. Fue también el lugar que abrió las puertas a mi primer trabajo como ayudante de investigación, ahí, por primera vez vi a la Ixshel apasionada -de mente inquieta- encontrar lo que parecía en aquel momento un camino bien definido. Construí ahí, una forma no solo de entender la salud, sino de ubicarme en el mundo. Pero esos modos de vida y entendimiento de las cosas, no se forman así nomás; y como no se puede hablar de construir visiones de mundo sin aludir a emociones y sentimientos, diré que Medicina Social también fue el lugar que convirtió las certezas en incertidumbres y algunas sonrisas en lágrimas.

Siempre estaré agradecida con la vida, por aquel primer trabajo y por las personas que pude conocer ahí, grandes profesionales que, desde distintos campos de experiencia, dieron y han dado lo mejor. Recuerdo al muy querido Pepe Blanco que al terminar una tarea asignada, salía a los pasillos a decir: “¡alguien que le dé algo que hacer a esta niña porque ya terminó!” en un tono un tanto desesperado, o cuando me decía; “se ve que eres nutrióloga porque eres la única que trae una botella de agua a la oficina, ¿qué es eso!”; y después venía una sonrisa; o la muy querida Oliva maestra, aliada y ahora compañera de intereses médico-sociales, hemos caminado juntas en la academia, en ALAMES y más recientemente, en el servicio público, donde sin duda reafirmamos la importancia de una formación crítica sobre la salud, pero también reconocimos lo fundamental de la enseñanza de la técnica. En mí, sin duda, fue un parteaguas, porque en el ejercicio reflexivo de tu quehacer (de ese lugar donde te ubicas en el mundo) ni eres neoliberal por hablar de políticas públicas, ni eres de izquierda por aludir a Marx y el materialismo histórico. Ya me discutirán algunos lectores.

Aquel primer trabajo como ayudante de investigación, se transformó en el inicio de un conjun-

* Generación 2009-2011.

to de colaboraciones para diversos proyectos de investigación, y quizás fue, uno de los momentos que mejor materializó un interés consolidado en la investigación social en salud. Para entonces había logrado formar una pequeña trayectoria en docencia que se empató muy bien con la investigación. En aquel camino que comenzaba como investigadora, también traigo a la memoria a Sergio, quien desde muy temprano me integró al equipo de jóvenes investigadores que más adelante se convertiría en lo que por algún tiempo llamaron *la generación de recambio*; colaboramos en 5 o más proyectos de investigación, confluimos ahí, exalumnos de la Maestría y alumnos del Doctorado en Salud Colectiva, profesores, colegas de tiempo, amistades que se forjaron en la academia y en los intereses comunes, entre todos formamos un gran, gran equipo del que siempre me sentiré orgullosa.

Pero tengo que decir, que mi visión de la salud como un asunto social, no surgió en la maestría. Esa idea se instaló en mi mente desde mi paso por la licenciatura en Nutrición, también ahí, en mi querida UAM Xochimilco. Solo quien es uame-ro xochimilca sabe que aun cuando estudias los procesos bioquímicos fundamentales, realmente estás estudiando sobre la salud y la sociedad.

Soy nutrióloga, aunque no clínica, soy médica social, aunque no estudié medicina, soy doctora en ciencias sociales y humanidades, aunque no soy socióloga. La gente que me conoce por primera vez, siempre se confunde. Pero cuando preciso: yo estudio la salud desde un enfoque social y sus relaciones con las condiciones estructurales que la generan, realmente estoy reafirmando que soy y seré una Médica Social orgullosamente xochimilca.

Notas de campo

Sebastián Medina Gay*

Reflexionar hoy sobre la experiencia de cursar la Maestría en Medicina Social me hace pensar qué me llevó ayer hacia aquel camino. Cuáles fueron esas primeras inquietudes, cómo fueron creciendo, hasta convertirse en una necesidad apremiante por comprender las injustas realidades y las diversas formas de resistencia de los territorios del sur de Chile. Comenzaré, entonces, tejiendo este homenaje a la Maestría con algunos fragmentos que rescaté de una vieja libreta de apuntes de aquellos años:

Recién egresado de médico. Mi cuerpo todavía no se adapta a la lluvia y frío del sur del sur. “Médico general de zona” destinado a atender en las rondas de las postas rurales, en territorios de humedad, lluvia eterna, y corrientes de un aire tan frío que las manos se ponen pálidas y después moradas, como muertas.

Ayer conocí a Laura¹, una niña de 6 años que junto a su madre llega todas las rondas a atenderse conmigo. Risa y mocos es su carita, ojos brillantes e inteligentes, pocas palabras, muchos tos, de esa tos que se escucha a lo lejos, como

un ladrido de perro enfermo. Bronquitis agudas a repetición, probablemente asociado a un asma como patología crónica de base. Yo sigo el manual y la lleno de antibióticos e inhaladores. No tenemos un box digno, pero sí traemos buenos remedios, pienso. Aunque en el fondo creo que de poco sirve todo este tratamiento, ya que siempre vuelve con el mismo cuadro, como una escena que se repite una y otra vez.

Vamos con Diana, la trabajadora social de ese sector, a una visita domiciliaria donde la Laura. Cae una fina e interminable lluvia. Hay barro mohoso en la improvisada calle de arena de la toma. Llegamos al fin a la mediagua. Las ventanas son de plástico, se cuele el frío y la humedad, el techo apenas se sostiene. La misma Laurita nos relata, entre risas, como contando un chiste, que una noche pasó una tromba marina que agarró el techo y se fue volando lejos, como tragado por el mar.

Ese tipo de vivencias como médico rural en un sur prácticamente invisible, omitido de la realidad de un país que se narraba así mismo como “en vías de desarrollo”, fue uno de los alicientes más poderosos para decidir viajar a estudiar Medicina Social en México. Mi esperanza era inten-

¹ He cambiado los nombres reales por otros ficticios.

* Profesor Asistente. Escuela de Salud Pública “Dr. Salvador Allende G.” Universidad de Chile

tar responder preguntas negadas desde mi formación médica:

Fuerte lluvia y viento norweste. Parece que mi cabaña va a salir volando y se perderá en el mar. 3 AM. Difícil dormir así. Me pregunto una y otra vez, con cada sacudida de viento: ¿Cómo es posible que toda esta dramática geografía de mar y montaña, que toda esta ruralidad diversa y terrible, no haya formado parte de mis libros de medicina? ¡Es tan obvio que afecta a la salud de los que acá vivimos! ¿Cómo es posible la ausencia completa, siquiera una mención, de personajes tan importantes como la lawentuchefe Doña Maida y todo su saber-sanar ancestral williche? ¿Qué causas y efectos políticos tienen estas omisiones?

Con esas preguntas obsesivas llegué a la Maestría de Medicina Social, donde encontré mucho más de lo que había ido a buscar. Las teorías sociales críticas (sí, el viejo Marx, entre muchos otras y otros), me permitieron comprender más profundamente los por qué y los cómo de las injusticias en nuestros invisibles territorios rurales. Para la medicina social latinoamericana era evidente que aquellos “contextos” no son meros factores de riesgo, sino que determinan los modos de vivir, enfermar y morir de sus distintos grupos humanos (y ecosistemas), vinculado a sus propias trayectorias sociohistóricas, identidades y luchas por el buen vivir. Hay todavía una gran deuda por comprender, apoyar, visibilizar y transformar la salud de estas localidades. En esas luchas, el instrumental teórico y metodológico de la salud colectiva y medicina social latinoamericana tiene un lugar relevante. Lo mismo para orientar e interpelar a los sistemas de salud públicos que tienen el encargo de entregar respuestas de dignidad y pertinencia territorial.

Volviendo a mirar mis años de maestrante en la UAM-X, creo que también me encontré un poco a mí mismo. Me reencontré con mis pasiones, con las artes que se ocultaban tras la bata blanca del médico positivista, fragmentado entre mente y cuerpo, entre la intuición y la razón. En ese punto de apertura vocacional, me gustaría agradecer a todas mis maestras y maestros. Cada uno de ustedes, que, a cada estudiante, en cada nueva cohorte, abren sus saberes, sus reflexiones, sus increíbles biografías y utopías. Sin mezquindad alguna, sin los grandes egos que atrapan el saber de otras universidades. Ustedes son una fuente de inspiración perdurable, por su persistente solidaridad con las distintas luchas. Aprovecho acá de homenajear a una gran maestra que ya no está, al menos físicamente, con nosotros: Catalina Eibenschutz Hartman. Quien, a punta de acaloradas discusiones dentro de su seminario de profundización, me fue mostrando que la pasión, la rigurosidad académica y la responsabilidad social transformadora pueden y deben estar siempre imbricadas. Como un fuego siempre encendido, “en pie de lucha” para defender las ideas críticas y las utopías transformadoras. En ese mismo tono agradezco por su inspiración, apoyo e incondicional amistad, a Carolina Tetelboin Henrion quien me acompañó durante un extenso y muy ambicioso trabajo de tesis de maestría sobre las políticas de salud rural en Chile². Junto a Alejandro Cerda y Alfredo Paulo (UNAM) lograron que naciera el investigador que hasta ese momento no sabía que habitaba en mi interior.

Para cerrar bruscamente este demasiado personal homenaje a la Maestría, transcribo desde otra vieja libreta de notas, un poema que realicé por aquellos años recorriendo el “México profundo”. En el poema las ruralidades de nuestro continente se

² <https://repositorio.xoc.uam.mx/jspui/handle/123456789/2534>

cruzan de forma misteriosa. Son, al mismo tiempo, injusticia desgarrada y esperanza metafísica: co-razón suficiente para continuar con las luchas por la dignidad de nuestros pueblos. ¡Luchas que la Maestría en Medicina Social seguirá apoyando otros 50 años más!

Agonía Solar

*Ya hablé sobre los mangos:
acerca del Sol atrapado en sus carnes
y de los ríos espumosos que viajan
por tus labios.*

*Hablé de los dientes contra el huesco
y del desgarró de la carne amarilla.*

*Hablé también de los niños de Chiapas:
de cómo toman los mangos con sus
manos endurecidas de trabajo.*

*Hablé de sus ojos orientales:
de la ancianidad en sus miradas,
y del Sol concentrado
en lo profundo de sus retinas.*

*Lo que no he dicho hasta el momento:
es la razón del obvio parentesco,
entre el Sol, los mangos
y los niños de Chiapas.*

Antología

La Maestría en Medicina Social*

Hugo Mercer

Durante los últimos años se fue haciendo cada vez más notoria, para las instituciones educativas y de servicios de salud de México y de otros países latinoamericanos, la necesidad de alcanzar una mayor integración entre Ciencias Sociales y Ciencias de la Salud. Esto fué visible en el desarrollo de programas educativos en varias Facultades de Medicina, Odontología y Enfermería, así como también en la puesta en marcha de trabajos de investigación destinados a demostrar la gravitación de los aspectos sociales sobre los biológicos.

La UAM-Xochimilco entendió esta situación desde su misma iniciación, lo que se materializó entre otros ejemplos, en la puesta en marcha de la Maestría en Medicina Social a partir de septiembre de 1975.

La Maestría en Medicina Social forma parte de la División de Ciencias Biológicas y de la Salud, aunque por la índole de su labor mantiene estrechas relaciones con las demás divisiones de la Unidad.

Su programa de estudios, respondiendo a las características del sistema de enseñanza modular

que se lleva a cabo en la UAM-Xochimilco, está estructurado en torno a “problemas”, los que son objeto de investigación en cada módulo.

Durante el primer año del programa existen tres módulos, que son a su vez representativos de áreas problemáticas de integración entre Ciencias Sociales y Salud; estos son: “Saber Médico”, “Distribución y Determinantes de Salud-Enfermedad” y “Práctica Médica y Recursos Humanos”. En el segundo año de la Maestría los alumnos optan por una de las tres áreas de concentración que se ofrecen: Epidemiología, Políticas de Salud y Formación de Recursos Humanos. En este segundo año, a la par que reciben diferentes apoyos en el área elegida, realizan su trabajo de tesis.

La Maestría en Medicina Social ha sido creada para satisfacer necesidades nacionales en lo que se refiere a personal especializado, como también en la producción de trabajos de investigación. Esta necesidad no es privativa de México sino que es generalizada en América Latina. Es por eso que se estableció un convenio entre la OPS/OMS, la Secretaría de Salubridad y Asistencia y la UAM-Xochimilco, que posibilita la recepción

* Publicado originalmente: Mercer, H. (1978). La Maestría en Medicina Social. Salud Problema, Primera Época, 1, 3-4.

de becarios de diferentes países latinoamericanos por parte de la Maestría, y el envío de asesores o apoyos académicos por parte de la OPS/OMS.

Las dos generaciones que actualmente cursan la Maestría son representativas de estos propósitos: la diversidad de nacionalidades (mexicanos, hondureños, costarricenses, venezolanos, colombianos, brasileños, argentinos y ecuatorianos) constituye una expresión del creciente interés que la medicina social despierta en América Latina, y la similitud en los principales problemas que afectan a nuestro continente.

El desarrollo de una experiencia pionera, que junto con la Maestría similar que funciona en Río de Janeiro, son las primeras en América Latina, revela que existen condiciones como para llevar adelante una formación de posgrado adecuada a la realidad y las necesidades de nuestros países. El aspecto innovador de la experiencia impone compartir muchas responsabilidades, olvidando barreras entre alumnos y docentes, lo que implica un proceso de construcción y aprendizaje tanto cotidiano como colectivo.

La investigación en la Maestría en Medicina Social*

Asa Cristina Laurell • Hugo Mercer

1. Introducción

La investigación es una actividad básica y necesaria en cualquier programa universitario, ya que sin ella hay un estancamiento tanto del conocimiento como de la labor docente. La actividad investigativa, sin embargo, resulta aún más importante en la UAM–Xochimilco por el papel que desempeña como elemento articulador de la enseñanza modular, tanto para el diseño curricular como en la docencia misma.

La gran importancia que tiene la investigación universitaria, especialmente a nivel del posgrado, y dentro del sistema modular se refuerza por el carácter mismo de la Maestría en Medicina Social. Es así, porque aparte de implementar el planteamiento pedagógico de la UAM-X, dicha Maestría se ubica en un campo del conocimiento nuevo, que permita la expansión del área. La investigación debe ocupar un lugar prioritario dentro del programa de la Maestría en Medicina Social.

Reconociendo el papel fundamental de la investigación en la Maestría, un documento elaborado por el Comité Académico, órgano paritario de la

misma, establece que “la preponderancia de la investigación dentro de la Maestría exige que se le dé coherencia para no desperdiciar esfuerzos y recursos... es deseable darle continuidad, problema que se resuelve estableciendo líneas de investigación, que determinen y organicen las investigaciones particulares... se desprende también la necesidad de normar en general la investigación”.

Finalmente se aprecia como necesario vincular las investigaciones modulares entre sí, de tal forma que... se estructuran como el estudio de un problema desde varios ángulos”.¹

Para la implementación concreta de estos planteamientos, finalmente, resulta necesario tomar en cuenta la articulación de la Maestría en Medicina Social dentro de la UAM-X en general y dentro de la División de Ciencias Biológicas y de la Salud en particular, de tal forma que, recogiendo las políticas generales de la Universidad y la División, la investigación se encamine a resolver los problemas teóricos, metodológicos y de la práctica más importantes. Parece posible concluir de la experiencia pasada que en la concreción final de los proyectos particulares de investigación es necesario dejar cierto margen de libertad para los investigadores.

*Publicado originalmente: Laurell, A.C. y Mercer, H. (1980). La investigación en la Maestría en Medicina Social. *Salud Problema*, Primera Época, 6, 4-13.

Documento presentado a la División de Ciencias Biológicas y de la Salud UAM-X, leído en la 10a Conferencia de Escuelas de Salud Pública de América Latina. Caracas, Venezuela, abril de 1979.

2. La investigación en el sistema modular UAM-X

2.1 La investigación en el diseño curricular

Al plantearse la superación de la enseñanza por disciplinas², el diseño curricular se convirtió en el problema central de la Universidad, ya que a través de él, tenía que realizarse la implementación concreta e innovadora del sistema modular. Estructurar la enseñanza en módulos, articulados en los objetos de transformación, significa algo distinto que la simple reorganización del conocimiento disciplinario existente, aunque forma parte del proceso. Esto implica, que es necesario realizar el diseño curricular como un proceso de investigación dirigido a conocer la naturaleza del objeto³, identificar los conceptos necesarios para abordarlo, detectar las fuentes relevantes del conocimiento existente y, finalmente, detectar qué elementos del conocimiento son necesarios de desarrollar para poder aprender el objeto de estudio. El diseño curricular, entonces, al mismo tiempo que es un proceso de investigación “descubre” los problemas de investigación ya que pone en evidencia cuáles son las áreas del conocimiento necesarias de desarrollar para lograr el conocimiento planteado en determinado perfil educativo. El diseño curricular, así, al mismo tiempo que resuelve investigando genera problemas de investigación a más largo plazo y de mayor profundidad.

2.2 La Investigación Formativa

Tal como está planteada la enseñanza modular, la investigación formativa tiene un papel central, ya que es a través de ella que el resto de las actividades de enseñanza-aprendizaje están articuladas. Dependiendo del grado de avance del conocimiento en determinada área y el nivel del conocimiento de los estudiantes, la investigación

formativa puede o no generar un conocimiento de carácter innovador. No obstante, la investigación formativa siempre genera un conocimiento nuevo respecto a algún problema particular, y como tal retroalimenta la comprensión de los problemas en estudio.

Se puede dar una consistencia mucho mayor a la investigación formativa, tanto como elemento del proceso de enseñanza-aprendizaje como generador de conocimiento, si ésta se inscribe en líneas más amplias de investigación. Incluso, parece que la investigación formativa modular tiende a convertirse en una rutina poco creativa si constituye una actividad aislada, mientras que su inscripción dentro de un programa de investigación de mayor alcance la vitaliza. Es decir, un programa de investigación activa confiere mayor dinamismo al proceso de enseñanza-aprendizaje.

2.3 El Personal Docente y la Investigación

Como es bien conocido el sistema modular plantea exigencias grandes al personal docente, ya que su forma de acercarse al conocimiento requiere de una constante actualización en base a la revisión crítica del conocimiento existente. La forma más útil, y tal vez la única, de lograr esto es a través de la participación directa en algún proyecto de investigación que signifique el acercamiento activo a la problemática en determinado campo. Resulta claro que los mismos principios postulados para la formación del estudiante tienen validez en el proceso de formación continua de los docentes.

La necesidad de implementar los programas de investigación como parte de la capacitación docente se desprende del hecho que los profesores de la UAM-X tienen como una de sus principales actividades asesorar la investigación de los alumnos, actividad que difícilmente puede desarrollar-

se satisfactoriamente si el propio docente carece de experiencia en la práctica de la investigación. Como cualquier otra práctica, la práctica de la investigación no se aprende asimilando los pasos formales que hay que realizar para su ejecución sino en su práctica misma.

2.4 La Investigación Generadora de Conocimiento Nuevo

El proceso educativo que se pretende implementar en la UAM-Xochimilco no se detiene en los cambios en el sistema pedagógico, ya que la unidad al plantearse “el establecimiento de relaciones creativas entre las ciencias, la enseñanza y la aplicación”⁴ tiene que iniciar un proceso propio de generación de conocimiento. Así el Documento Xochimilco plantea que “la nueva universidad debe crear las condiciones que permitan la producción de conocimientos y una acción innovadora”.⁵

Los postulados básicos de la UAM-Xochimilco apuntan algunos de los elementos necesarios de considerar para la determinación de las líneas de investigación por desarrollar. Resulta claro que la investigación no puede ser una actividad al margen de las actividades de docencia y servicios en la modalidad que se implementa en cada caso particular. El problema, entonces, consiste en lograr una articulación correcta entre la investigación en cuanto generadora de un conocimiento nuevo, su papel en el diseño curricular en cuanto proceso continuo de superación de la docencia, como marco más amplio de la investigación formativa y como actividad básica de los docentes.

En el Foro sobre investigación organizado por la División de Ciencias Biológicas y de la Salud en abril de 1977 se abordaron varios de los problemas antes mencionados, las conclusiones preliminares del Foro se resumen de la siguiente manera:⁶

-La definición de líneas de investigación debe ser una tarea institucional;

-Para eso, la Universidad debe generar un marco teórico con participación democrática de quienes intervienen en el proceso académico, que define los fines y valores que busca promover la UAM-X basada en una concepción objetiva de la Sociedad y la articulación de la universidad en ésta;

-Que la investigación debe ir encaminada a resolver los problemas de las clases sociales mayoritarias y generar una conciencia crítica en los profesionistas.

-“La integración en niveles de complejidad creciente de grandes rubros de investigación articulados por programas y recursos humanos y materiales permanentes. La investigación sería el resultado de la actividad modular incorporada organizadamente a dichos programas de investigación, atendiendo a la especificidad de la disciplina y su grado de avance en el proceso formativo”.

Finalmente es necesario enfatizar la importancia especial que tiene la investigación para una universidad nueva como lo es la UAM para su consolidación en el ambiente académico, ya que es en gran medida a través de las publicaciones científicas que se crea esta presencia.

3. La Investigación de la Maestría en Medicina Social

Aparte de compartir la problemática general de investigación de la UAM-Xochimilco, la Maestría en Medicina Social tiene algunas características particulares que tienen que ser tomadas en cuenta al programar sus proyectos de investigación.

3.1. La Investigación para el desarrollo del Programa Docente

El programa docente de la Maestría, desde un principio fue concebido para satisfacer las necesidades de formación de recursos humanos capaces de utilizar las ciencias sociales en el análisis de las condiciones colectivas de salud, de las instituciones médicas y de la formación de recursos humanos en el campo de la Salud. Esta orientación del programa obedeció al surgimiento de una corriente de pensamiento, a nivel latinoamericano, que hasta que encontrara un espacio institucional (la UAM-Xochimilco) y el apoyo de un organismo internacional (la Organización Panamericana de la Salud) no había podido contar con un centro de docencia e investigación.

Aunque algunos de los contenidos del programa docente coinciden con los de los posgrados de Salud Pública, en su mayor parte es esencialmente nuevo. Pero no es innovador tan sólo como programa educativo sino ante todo en cuanto área del conocimiento. Esto significa, que es una necesidad básica de la Maestría impulsar la generación del conocimiento para darle dinamismo a la docencia y comenzar a resolver algunos de los problemas sobre los cuales se tienen apreciaciones pero aún se encuentran a nivel de hipótesis. Trabajar sobre bases relativamente poco desarrolladas es admisible al iniciar un programa nuevo, pero resulta imperioso generar el conocimiento necesario para fortalecer bases a mediano plazo.

Por tratarse de un área nueva del conocimiento, ó si se quiere, de un modo teórico-metodológico distinto de abordar el problema de la salud de la colectividad, la investigación y la puesta en práctica de sus resultados son los elementos que confirmarán su validez.

3.2 Determinación de las Líneas de Investigación

La determinación de las líneas de investigación prioritarias y posterior cristalización en proyectos y programas se ha dado en un proceso de discusión sostenido entre la comunidad de la Maestría. La discusión continua y la evaluación han permitido la incorporación de elementos de juicio nuevos y el enriquecimiento, y la precisión de los planteamientos.

El punto de partida para la determinación de las líneas de investigación son los planteamientos de la corriente de pensamiento latinoamericano que propone la ruptura con el pensamiento clínico-biológico y técnico sanitario. La reflexión crítica sobre los principales problemas de salud y la práctica médica llevó a los integrantes de esta corriente a plantearse el estudio del proceso de salud-enfermedad y de la práctica médica como fenómenos articulados en la formación económica y social y, por lo tanto, sujetos a ser analizados con los planteamientos teóricos- metodológicos de las ciencias sociales. Es decir, esta corriente parte del análisis crítico de una problemática concreta y propone una conceptualización y metodología distinta al prevaleciente para abordarla. De ahí surgen necesidades grandes de investigación que debe reunir dos características fundamentales. Por una parte, debe aportar elementos teórico-metodológicos, y por la otra, dilucidar problemas concretos relevantes. Eso es, para poder avanzar en este campo nuevo del conocimiento la investigación necesita ser de tipo teórico conceptual y vinculada a la práctica por el objeto de estudio que elige. Surgen así dos grandes líneas de investigación. En primer lugar se perfila con claridad, que el objeto de estudio de los médicos sociales es el proceso de salud-enfermedad de la colectividad o de los grupos humanos definidos

por su inserción en el proceso productivo bajo un enfoque de una explicación causal de tipo social. Surge como segunda línea de investigación la práctica médica en cuanto práctica social y no solamente una práctica técnico-científica.

Recien iniciada la Maestría se elaboró un marco teórico⁷ que sirvió de base para concretar los proyectos de investigación. El propio diseño curricular y las experiencias obtenidas en la implementación de los primeros módulos fueron otros elementos, que permitieron centrar los proyectos de investigación. Se tomaron en cuenta, así mismo, los lineamientos generales dados por la Universidad y la División de Ciencias Biológicas y de la Salud.

La forma particular en la cual la Maestría implementa actividades de servicio como actividades de asesoría a instituciones públicas o universidades, también, ha influenciado los programas concretos de investigación.

3.3 Líneas, Proyectos y Programas de Investigación

Los dos amplios campos de investigación señalados el proceso de Salud-enfermedad de la colectividad que llamaremos de Epidemiología Social y de la práctica médica en cuanto práctica social que se subdividió en dos líneas, una de Práctica Médica y Planificación y, otra, de Recursos Humanos.

3.3.1 Epidemiología Social

Dentro de la Epidemiología Social se abrieron dos líneas de investigación, una primera sobre la causalidad social del proceso Salud- enfermedad a cargo de Asa Cristina Laurell. Los objetivos principales de esta línea son lograr una formulación

teórica respecto al proceso Salud-enfermedad en cuanto proceso de los grupos humanos definidos por sus características económicas y sociales, desarrollar una metodología que permita su estudio y lograr un primer acercamiento a la problemática de salud de México vista en estos términos.

Dentro de esta línea de investigación están en marcha dos proyectos de investigación: “Trabajo, organización social y enfermedad” y “La crisis económico-social y las condiciones colectivas de salud”.

El primer proyecto tiene como objetivo reconceptualizar la relación entre el trabajo, como actividad social fundamental, y las condiciones colectivas de salud. Comprende una parte general que ha sido ya publicada en su primera versión⁸ y cuatro programas particulares: “Condiciones de trabajo y de salud de un grupo de mineros”, “Problemas de salud de los trabajadores inmigrantes”, “La brucelosis como problema de salud ocupacional” y “Las condiciones subjetivas y objetivas de salud y la actividad sindical”. El primer y el último programa están en la etapa de análisis y redacción, mientras que los dos otros están por implementarse al resolverse problemas de financiamiento.

El segundo proyecto sobre la crisis económico-social y las condiciones de salud tiene como objetivo analizar las condiciones de salud de distintos grupos en una situación económica y social particular, que permite, por un lado distinguir el carácter de la relación entre lo social y económico y las condiciones colectivas de salud, y por el otro, describir y analizar la situación de salud de los grupos especialmente afectados por la crisis actual. El proyecto cuenta con una parte general que intenta analizar el impacto diferencial de la crisis sobre las condiciones de salud y las transformaciones en el sistema de salud y tres programas que analizan particularmente el problema nu-

tricional, la mortalidad infantil y la salud mental en grupos sociales definidos. Este proyecto está en sus primeras etapas de implementación, y algunas de sus partes están pendientes en espera de financiamiento.

La segunda línea de investigación en el área de Epidemiología Social se ocupa de la desnutrición como la principal causa de muerte y enfermedad en América Latina. Los objetivos, que se plantea lograr, es describir cuantitativa y cualitativamente la verdadera importancia del problema y analizar la información existente para señalar el sesgo que presenta por un lado, y por el otro, analizar las causas económicas y sociales de la desnutrición. El docente responsable, José Carlos Escudero, ya ha publicado los primeros resultados de la investigación⁹ referidos a América Latina y está por iniciar una segunda etapa respecto a México.

3.3.2 *Práctica Médica y Planificación*

En el contexto de los países latinoamericanos resulta difícil analizar el desarrollo económico, la creación de instituciones de servicios o la actividad educacional sin hacer mención del Estado. Tal como Sonntag y Valencillos¹⁰ señalan, como consecuencia del lugar que los países periféricos ocupan en la división internacional del trabajo, el Estado adquirió en Latinoamérica variaciones importantes respecto al vigente en el capitalismo central. Esto implicó para nuestros países que el Estado desempeñó un papel más importante en la regulación de la actividad económica, hasta el punto que en muchos países de la periferia se están implementando formas de “capitalismo de Estado” que hacen la separación entre el “sector privado” y el “sector público” de la economía cada vez más ilusoria.

Desde diferentes perspectivas se ha analizado este creciente protagonismo del Estado, y lo que constituía un espacio destinado a la reflexión legal, politológica o económica, se ha transformado en un campo de estudio para quienes trabajan en salud, vivienda, comunicación, cultura, educación, etc.

Uno de los efectos a esta interpretación y diversificación de las funciones del Estado ha sido este estímulo a la investigación sobre la articulación en Estado y sectores sociales, que ya ha generado una diversificada producción.^{11,12,13}

Respecto al denominado sector salud, es indudable que resultan insuficientes las descripciones historiográficas que revelan el pasaje del poder religioso, el mutual, luego el estatal y el privado sobre la prestación de servicios de salud. El desarrollo de las instituciones de salud en América Latina responde a una racionalidad propia de formaciones sociales capitalistas dependientes, siendo necesario alcanzar un nivel de real explicación y no una mera evolución del progreso científico y humanitario.

La carencia de servicios básicos de salud por casi un 40% de la población latinoamericana, ó la persistencia de condiciones de morbilidad inadmisibles cuando existen recursos técnicos capaces de dar rápida solución a las mismas solo es explicable en función del mantenimiento de políticas que retrasan, anulan u ocultan la verdadera etiología y la consiguiente aplicación de una terapéutica efectiva.

El Estado ha sufrido un proceso de diversificación de sus funciones, que para el caso particular del sector salud ha sido hasta ahora insuficientemente abordado, y de manera particular en América Latina.

Nos interesa, entonces, explicar la forma en que este proceso, que por otra parte no es reciente, se materializa en el sector salud, para lo cual se han elegido una serie de temas de investigación que en forma complementaria analizan el campo más general de Estado y Salud.

A continuación señalaremos brevemente los rasgos centrales de cada uno de los proyectos que se llevan a cabo en este campo.

3.3.2 a Definición de Políticas de Salud

En este campo se están llevando a cabo tres proyectos de investigación a cargo de C. Fassler, el primero destinado a analizar la Planificación de Salud y el actual desarrollo de la Investigación en Servicios de Salud¹⁴ del cual se han publicado dos informes¹⁵. En dicho proyecto se ha profundizado en las bases conceptuales de los modelos de planificación y de investigación en servicios que ya se han puesto en práctica en América Latina, o bien que se presentan como ofertas adaptables a nuestra realidad.

La correlación entre el contexto económico-social y la gravitación de EEUU se presentan como el marco explicativo de las sucesivas modificaciones en planificación e investigación de servicios.

Un segundo proyecto de investigación a cargo de Catalina Eibenschutz analiza el funcionamiento del sector salud en México como un área en la que el Estado expresó su proyecto hegemónico. A partir de un análisis histórico de las instituciones de salud en el país, se intenta demostrar que los servicios de salud estuvieron destinados a la generación de un consenso necesario para el modelo político que se instaura después de la Revolución Mexicana. También de este trabajo se ha publi-

cado un informe de avance¹⁶ donde se expresan los fundamentos conceptuales y la metodología a emplear.

El desarrollo de modelos de Estado que responden a un común proyecto económico y represivo ha sido un rasgo distintivo de la política latinoamericana a partir del golpe de estado en Brasil en 1964, Bolivia, Uruguay, Chile y Argentina se inscriben en este contexto de gobiernos militares, que amparados en la doctrina de la Seguridad Nacional articulan una política social particularmente le siva a las conquistas obreras. Esta temática constituye el eje del tercer proyecto dirigido por Hugo Mercer, que se está llevando a cabo bajo el rubro “Salud y Estados de Excepción”

3.3.2 b Servicios de Salud

La articulación entre clases sociales, actividades productivas y servicios de salud, encuentra su cristalización principalmente en el espacio urbano. Dado que gran parte de la población latinoamericana tiene su lugar de residencia en ciudades constituye una interrogante de qué manera se distribuyen y utilizan los servicios de salud, siendo de interés determinar la influencia que sobre dichos patrones ejercen la distribución espacial de las clases sociales y de las actividades económicas (producción, distribución, consumo y gestión).

El asentamiento de servicios de salud no responde solo a criterios de racionalidad basados en la accesibilidad geográfica, económica o social a los mismos. Intentar explicar los supuestos sobre los que se establecieron históricamente las actuales distribuciones, como también brindar elementos para una política más adecuada y racional de asignación de espacios físicos, en lo que a salud respecta, constituye el objetivo de este proyecto a

cargo de Hugo Mercer. Actualmente se concentra en el análisis de la situación vigente en la Ciudad de México.

3.3.3. Recursos Humanos

Actualmente se están implementando dos tipos de proyectos de investigación en el área de Recursos Humanos para la Salud. El primero abarca el análisis de la formación y utilización de técnicos y auxiliares de salud. Dicha investigación se circunscribe a México desde 1970 al presente, siendo su objetivo central evaluar los diferentes tipos de personal destinado al nivel medio, en lo que respecta a la adecuación entre programas formativos y su desempeño concreto. Una observación inicial demuestra que en varios programas de estudio la orientación biologicista para el tratamiento de los problemas sanitarios, conduce a una situación conflictiva en el ámbito de trabajo específico. En la medida que los problemas obedecen a una clara determinación social se hacen necesarios cambios en la estructura curricular que permitan una labor más efectiva en función de las políticas de extensión de la cobertura.

El segundo proyecto de investigación en Recursos Humanos cuyo responsable es Pedro Crevenna, está dirigido al nivel de formación universitario. Las carreras de medicina y enfermería constituyen los objetos de investigación, efectuándose estudios específicos acerca de: a.) análisis teórico-metodológico del proceso de trabajo como eje ordenador del diseño curricular en la Carrera de Medicina; b.) estudios sobre las Facultades de Medicina de la Universidad de Yucatán y San Carlos de Guatemala; c.) definición del perfil profesional de la enfermera y d.) articulación entre Servicio Social y educación médica, estos estudios forman parte del Taller de Investigación en Recursos Humanos.

3.4 Las Líneas de Investigación y la Investigación Formativa

Las Líneas de Investigación descritas han servido para definir la investigación formativa, tanto la investigación modular de la Maestría como la investigación de los alumnos para sus Tesis.

A partir del año escolar de 77-78 comenzó a implantarse en la Maestría un eje temático común para los tres módulos - “Saber Médico,” “Distribución y Determinantes de salud-enfermedad” y “Práctica Médica” del cual se desprende la investigación modular concreta. La selección del eje temático se ha hecho directamente en función de las líneas de investigación y la necesidad de generación de conocimiento y su posibilidad de articular los contenidos educativos.

Así el eje temático de la generación de 77-78 fue “Extensión de Cobertura”, que fue derivado de las líneas de investigación sobre práctica médica y Estado y la formación de técnicos medios en salud. El eje temático de la generación 78-80 es Trabajo y Salud que se derivó principalmente de una de las líneas de investigación de Epidemiología Social.

La experiencia de los ejes temáticos relacionados con las líneas de investigación ha sido positiva. Por una parte ha permitido generar un conocimiento nuevo respecto a los problemas planteados en la investigación más amplia, que encuentra su articulación en ella. Por otra parte, el hecho de tratar un mismo problema desde los diferentes ángulos que ofrecen los distintos módulos ha permitido entender más claramente cómo se interrelacionan las áreas del conocimiento de la Maestría. Permite entender, por ejemplo, como la relación entre trabajo y salud conceptualizada de

una manera distinta y especificar cuáles son las fuerzas sociales que tienen que impulsarla.

Para el desarrollo de las investigaciones para la Tesis de grado de los alumnos, han sido cruciales las líneas de investigación de la Maestría. Incluso, una buena parte del trabajo de investigación lo realizan los estudiantes de segundo año al estudiar problemas específicos dentro de los proyectos más amplios. De esta manera una gran mayoría de los proyectos de tesis se inscriben dentro de las líneas de investigación de la Maestría. Esto ha tenido como resultado la posibilidad de mante-

ner un ritmo de generación de conocimientos relativamente rápido y permite el aprovechamiento máximo del esfuerzo de los estudiantes.

De esta manera todos los estudiantes con especialización en Epidemiología Social realizan sus tesis dentro de los proyectos "Salud y Trabajo" o "Crisis Económica y Salud". Hay un grupo de estudiantes que están tratando problemas de formación de técnicos medios y participación comunitaria. Otro grupo de tesis se inscriben en el proyecto Práctica Médica y Estado, y de Recursos Humanos Universitarios.

Bibliografía

1. *La Investigación en la Maestría en Medicina Social* Documento interno Comité Académico, Maestría en Medicina Social, UAM-X, 1977.
2. *Documento Xochimilco*, UAM, México, 1973, p. VII.
3. *Notas acerca del diseño curricular, la definición de fases y el diseño modular: un ejemplo*. UAM-X, 1976. p. 12
4. *Documento Xochimilco*, pc. cit. p. VI
5. Oc. cit. p. VII
6. Raúl Velasco, *La Investigación formativa en la División de Ciencias Biológicas y de la Salud*. pp. 3-6 UAM-X, 1977.
7. A. C. Laurell: *Un marco teórico para la investigación en Sociología Médica*. UAM-X, México, 1976. mimeografiado.
8. A. C. Laurell: *Proceso de Trabajo y Salud. Cuadernos Políticos* 17, México, 1978.
9. J. C. Escudero. *La Desnutrición en América Latina: su magnitud*. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales* 84, UNAM, México, 1977.
10. Sonntag y Valecillos. *El Estado en el Capitalismo contemporáneo*. Ed. Siglo XXI. México, 1977.
11. V. Navarro. *Medicina en el Capitalismo*. Editorial Grijalbo, Barcelona, 1978.
12. D. Harvey. *Urbanismo y Desigualdad Social* Editorial Siglo XXI, México, 1978.
13. J. Díaz Polanco y otros. *Subdesarrollo y Psiquiatría*
14. C. Fassler: "Transformación Social y Planificación de Salud en América Latina" UAM, 1979.
15. C. Fassler: "Hacia un enfoque crítico de la Investigación en Servicios de Salud" UAM-X, 1978.
16. C. Eibenschutz: *Hegemonía y Salud en el Estado Mexicano (1810-1940)*, UAM-1979.

La práctica médica*

Hugo Mercer**

1. Primera impresión y primeras preguntas

El análisis del tema “La Práctica y el Saber de la Medicina Oficial” presenta una serie de problemas en diferentes planos: diversidad de enfoques teóricos, distintas aproximaciones metodológicas, formas de conceptualizar el tema en estudio, o bien el hecho de referirse a momentos históricos y lugares diferentes.

Estos elementos, que son comunes al análisis de casi cualquier tema en el campo de las ciencias sociales, se suman al hecho que el tema en cuestión plantea en su mismo título uno de los problemas centrales en el campo de la teoría del conocimiento: la relación entre práctica y saber.

Una primera impresión de los materiales que se refieren al tema permite caracterizarlos, en su gran mayoría, como descriptivos de algún aspecto del tema, y casi ninguno de ellos formula una interpretación integradora de lo que la práctica médica significa. Constituyen, en ese sentido, buenas descripciones de momentos históricos, de instituciones aisladas o de conflictos locales, pero adolecen de una base teórica que vincule esas

descripciones e, incluso, explicaciones con los determinantes estructurales de la sociedad.

Cabría preguntar a qué se debe esa situación tan generalizada, no sólo en dichos trabajos, sino en las ciencias sociales; en su gran mayoría la producción bibliográfica proviene de las corrientes positivistas, y aun aquellos trabajos que no pertenecen a su orientación reproducen algunas de sus características.

En el campo del análisis de las prácticas se confunden también resabios o reformulaciones de concepciones agnósticas acerca del conocimiento científico, visibles tanto en los análisis institucionales de la corriente weberiana como en los funcionalistas posteriores. Uniendo esta observación al hecho anterior de que la producción bibliográfica está en manos de seguidores directos o indirectos de Hume, Kant, Weber o Parsons, no resulta entonces extraña esa “primera impresión” que los artículos generan, de calificarlos como fenomenológicos.

Quizás al asociar esta herencia agnóstica a la fenomenología de los trabajos funcionalistas encontremos el porqué carecemos de una explicación integradora (esencial) de la práctica médica y su relación con el saber.

*Publicado originalmente: Mercer, H. (1976). La práctica médica. Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales, 22(84), 9-31.

** Sociólogo, especializado en Medicina Social. Trabajó en la Organización Panamericana de la Salud; consultor de la misma. Coordinador de la Maestría en Medicina Social de la UAM-Xochimilco. Autor de varios trabajos sobre educación médica y sociología médica.

Esto puede ayudar a interpretar el hecho explicativo de los análisis institucionales weberianos (crítica al determinismo económico a partir de la recurrencia a los niveles religioso y político) o de los trabajos funcionalistas (al describir los cambios de la práctica médica apoyándose en el modelo de la relación médico-paciente).

Es entonces donde surgen una serie de interrogantes: ¿el análisis del tema significa caer también en la descripción?, o ¿es posible, a partir de lo conocido, buscar una estructura explicativa que se constituya en esencia del tema en estudio?

Esto significa creer en cosas diferentes de los agnósticos, implica creer en las posibilidades de que partiendo del análisis de una práctica social, en este caso la práctica médica, será posible iniciar una explicación de su relación con el conocimiento científico.

Asumiendo que esta relación entre práctica y saber científico se da por medio de:

- a) Los problemas que plantea a la investigación científica el desarrollo de las fuerzas productivas;
- b) La influencia que ejercen sobre la ciencia las relaciones de producción, inseparables en el análisis de las fuerzas productivas (por ejemplo: freno durante el feudalismo al desarrollo de las ciencias de la naturaleza);
- c) Vinculación entre el conocimiento científico y la situación de las instituciones políticas, culturales y sociales en una sociedad y en momentos históricos específicos. A pesar de que la marcha del saber es inexorable, la existencia de coyunturas de opresión y represión a la clase obrera está estrechamente ligada a una conducta igualmente represiva hacia quienes desde el campo de la cultura o de la investigación defienden intereses populares.

De esta manera resulta posible identificar tanto en el plano teórico como en el metodológico aquellas corrientes que se ubican por el mantenimiento del *statu quo* y aquellas que aportan elementos para su transformación. La tantas veces manida dicotomía entre explicaciones para el orden y explicaciones para el cambio, a pesar de que plantea categorías aparentemente cerradas, continúa siendo válida. Eso es visible aun en la forma en que se describe un hospital o los cambios en los sistemas de atención a la salud; el problema del cambio, entonces, se mantiene como una frontera que separa a los científicos sociales, y el campo de la salud no resulta para nada ajeno. A esta situación se vincula, sin duda, el punto de vista de clase desde el cual se formula la interpretación.

Lowy¹ señala que el “corte” entre Marx y sus predecesores (y hasta autores posteriores) es, para él, un corte de clase en el interior de la historia de la ciencia económica.

Así el camino a seguir en el análisis estará orientado a ubicar la esencia del objeto de estudio y a partir del mismo diferenciar cómo cada trabajo aporta para un más completo conocimiento.

2. Orden y cambio en las ciencias sociales

Cuando nos enfrentamos a la explicación de hechos sociales según Comte, Durkheim, Weber, o en la economía política por Smith o Ricardo, o aun sus seguidores, y al ubicar sus obras dentro del contexto de la sociedad capitalista, es posible preguntarse, ¿a qué se debe que teniendo los elementos teóricos y los instrumentos metodológicos para en muchos casos consolidar un análisis social que cale hondo en la razón de ser del

¹ Michael Lowy. "Objetividad y Punto de Vista de Clase en las Ciencias Sociales", bibliografía del módulo "Práctica Médica", Maestría en Medicina Social. Universidad Autónoma Metropolitana. X, 1976.

Estado, o la existencia de una producción social de bienes para una apropiación privada de los mismos, no se haya podido manifestar en teorías estructuradas? La respuesta a esa pregunta, sin duda, nos vincula a la anterior observación sobre la pertenencia de clase de muchas de las interpretaciones sociológicas. ¿Qué tienen en común, entonces, los autores citados? Algunos, el representar la expresión ideológica de una fracción de la ascendente burguesía; otros, establecida ya la burguesía en el poder, justificar la racionalidad utilizada por ésta para consolidar su dominio. Ya sea en el plano económico o en el sociológico, dichas aportaciones han servido para justificar formas de explotación en la actividad productiva y formas de dominación en las relaciones sociales.

El haber enunciado que el valor emana del trabajo, y no de la tierra o el cambio, que el orden social no se establece como en una máquina o en un organismo biológico hubiera significado para todos esos autores abandonar una posición apologética del sistema social e iniciar, por consiguiente, una crítica al mismo, lo cual ya no es defender los intereses de la clase dominante, eso ya significa descubrir que el valor se genera en la producción; que en el desarrollo del proceso productivo existe una situación de explotación que permite la concreción de una plusvalía por parte del trabajador y, estrechamente vinculado a esto, que el trabajo humano no sólo por el tiempo que se le utiliza da lugar a la determinación del valor, sino que se convierte en mercancía que circula vestida de fuerza de trabajo, potencialidad para producir valor. El desarrollo de un pensamiento coherente o derivado de estos hechos convierte al científico social en intelectual al servicio de otras clases sociales opuestas en sus intereses a las dominantes.

El enfrentamiento entre las corrientes “estáticas” o “apologéticas del sistema” y el materialismo

histórico ha dejado planteados una serie de problemas que se presentan habitualmente al analizar el presente de una práctica social o su desarrollo en diferentes lugares y tiempos. Aún siguen siendo objeto de discusión: valor, organización social de la producción, división del trabajo, relaciones sociales, papel del Estado, etcétera.

Son tema de discusión no porque su conceptualización no sea todavía lo suficientemente clara, sino porque es en torno a ellos donde se establecen los ejes de la transformación histórica contemporánea.

3. Metodología para el análisis

Tal como se plantea previamente la unión entre teoría y método es sumamente estrecha, lo cual obliga a que al asumir una postura para el análisis de la bibliografía sobre el tema sea necesario establecer una postura metodológica correspondiente.

La secuencia que ofrece el positivismo para el estudio de la práctica médica -realizando un análisis histórico de las formas más simples de la relación médico-paciente hasta las más complejas instituciones hospitalarias- necesita recurrir a asentar su modelo explicativo en una relación bipersonal, actores sociales que ajustan su conducta a fines y medios; se analizan organizaciones sociales, pero se termina explicando en función de características individuales.

Dentro del campo materialista, como señala Luporini,² Lenin veía acertadamente en el modelo teórico elaborado por Marx el fundamento de la “posibilidad de una sociología científica”.

² Cesare Luporini, *Marxismo y ciencias humanas*, Córdoba, Argentina, Cuadernos de Pasado y Presente, 1.1968.

Para él esto significaba dos cosas:

- a)** La posibilidad de alejar a la sociología de la mera descripción fenoménica, y
- b)** La posibilidad de fundar “leyes” de los fenómenos histórico-sociales -admitidos también por los sociólogos “subjetivistas”- sobre una base objetiva y no simplemente fenomenológica; sobre la base de los modelos de formaciones económico-sociales y de los criterios objetivos utilizados para construirlos.

Por consiguiente el método de análisis para el estudio de la práctica médica debe apoyarse en una realidad concreta, la mayor objetividad de las relaciones de producción con cualquier otra relación social, y en tanto las demás pasan por la conciencia y éstas constituyen el ser social, puede ser un buen punto de partida. Especificar las diferentes formas de práctica médica según las características que asumen las relaciones de producción constituye el primer paso del análisis.

Las prácticas médicas, en tanto estructuración elaborada sobre dicha base social, se presentan como estructuras institucionales diversificadas en casi la totalidad de los países capitalistas. En América Latina, en general, dichas estructuras pueden distinguirse en: dependencia estatal, de seguridad social en sus diversas formas, organización privada y atención comunitaria. Luego se describirán en forma más detallada cada una de ellas.

El siguiente paso estará destinado a analizar la constitución interna de estas instituciones, cómo se da su desarrollo, qué papel juega en ellas la división del trabajo, la relación entre diferentes especialidades y jerarquías profesionales, la identificación de categorías explicativas de diferentes prácticas sociales, etcétera.

Finalmente, como una nueva manifestación del nexo entre la práctica y el saber médico oficial y la estructura social se estudiarán las diferentes manifestaciones que asume el valor de las prestaciones que cada cuerpo institucional brinda.

En términos de desarrollo metodológico, el propósito es el de establecer bases explicativas que partan de un proceso de abstracción y deducción, siguiendo un camino de aproximaciones sucesivas que consiste en avanzar paso a paso de lo más abstracto a lo más concreto, eliminando suposiciones simplificadoras en las etapas sucesivas de la investigación, de modo que la teoría pueda tomar en cuenta y explicar una esfera más vasta de fenómenos reales.³

4. La estructura hospitalaria

El propósito de partir en el análisis de las formas más desarrolladas de la práctica médica obliga a descartar como eje explicativo la complejidad de la relación médico-paciente para tomar como unidad de análisis, no ya un fenómeno descrito a nivel individual, sino una unidad de análisis colectiva, como es el caso del hospital.

Si consideramos su evolución histórica resulta posible ubicar desde los nosocomios griegos hasta los hospitales medievales la hegemonía del componente religioso por encima del médico. La incapacidad del saber científico se vinculaba así a la responsabilidad que asumía la institución religiosa en el cuidado y atención de los pacientes.

En esta primera etapa de la institución hospitalaria, descrita por George Rosen,⁴ la atención mé-

³ Paul Sweezy. Teoría del desarrollo capitalista, México. FCE. 1974.

⁴ George Rosen. From Medical Police to Social Medicine, New York, The Hospital Science History Publications. 1974.

dica no está dirigida propiamente a los enfermos, sino que cubre las necesidades de los desamparados, quienes no estaban ligados a una ocupación fija, vagabundos, peregrinos, etcétera. No debe extrañar esta subordinación de lo médico a lo religioso: el saber es, en este caso, insuficiente y se apoya en otro tipo de convicciones, pero si se relaciona este escaso saber con la concepción económica vigente en el periodo, podrá observarse que en Grecia el trabajo productivo es esencialmente un trabajo servil y despreciado, por servil, y esa “infamante servidumbre ha pesado en la aplicación productiva de los conocimientos técnicos”. Ha pesado sobre todo en la ideología, impidiendo que se reconociera al trabajo como única fuente de valor de cambio.⁵

En una situación social en la que no se considera importante mantener la salud del trabajador, o en la que el trabajo no aparece asociado al valor, un escaso desarrollo de la práctica médica dirigida a estos sectores sociales resulta coherente con esta concepción del mundo.

Una segunda etapa en el devenir de la institución hospitalaria comienza a registrarse a partir del siglo pasado, cuando con la existencia de un cuerpo de conocimientos científicos suficientes, el hospital deja de ser el campo dominado por la iglesia para convertirse en una institución fundamentalmente médica. El paso de institución de cuidado o depósito de pobres y moribundos a otra en la que es posible la recuperación y la curación, es observable también en el descenso registrado en las tasas de mortalidad hospitalarias.

La presencia de personal médico se convierte en una necesidad permanente, y al mismo tiempo,

aunque en forma muy lenta, se va produciendo un cambio en la composición de la clientela hospitalaria.

El desarrollo de las ciudades, el proceso de industrialización -en especial la segunda revolución industrial- y la existencia de una situación de mayor bienestar económico que aparentemente promueve la industria, establecen las bases para una ingerencia estatal y pública en los procesos de enfermedad individuales. Las instituciones religiosas o privadas subsisten, pero contando ahora con apoyo municipal o estatal.

Así, a la mayor influencia médica la acompaña una toma de conciencia pública sobre la salud.

En términos de composición de la “clientela” hospitalaria, los cambios se producen tanto por quienes comienzan a acudir como a quienes el hospital recibe o alienta a utilizar sus servicios.

El desarrollo del capitalismo mercantil ya había esbozado una preocupación por la defensa de la población como productora de valor: “ciertos mercantilistas no se contentan con comprobar que es el mercado el que ‘determina’ los precios; detrás de las fluctuaciones desconcertantes de esos precios buscan una constante para explicar el misterio”.⁶

Con el tránsito al capitalismo industrial esas intuiciones ya se habían confirmado: la clase dominante reconoce el valor del trabajo: Smith, desde una perspectiva defensora del sistema, expone ya un análisis de la mercancía, de la división del trabajo, del capital y del valor, dentro de un conjunto teórico coherente. Como dice Mandol

⁵ Ernest Mandel. Tratado de economía marxista, t. III, México. ERA, 1972.

⁶ Ibidem.

es el primero que formula de manera sistemática la teoría del valor-trabajo, que reduce el valor de las mercancías a la cantidad de trabajo que contiene y que se esfuerza en reforzar esta teoría con una serie de pruebas, incluso pruebas históricas.

Ricardo consolida esta interpretación que lleva a los diversos campos de la estructura social, en diferentes tiempos, a asumir y cumplir con las necesidades del sistema productivo.

El hospital abandona su papel de refugio de menesterosos y recibe fundamentalmente a la clase obrera. Aunque generados en diferentes periodos previos, los conocimientos sobre la asepsis, la circulación sanguínea o mayores conocimientos anatómicos gravitan para que el hospital pierda, ante la vista de la población, su imagen fatalista.

El pensamiento económico burgués veía, pero no reconocía; hizo falta una explicación teórica coherente que superara a la economía política vigente “reduciendo las categorías separadas de ‘ganancia’, ‘renta’ e ‘interés’ a una sola categoría fundamental, tratada como tal, la categoría de plusvalía o de sobretrabajo”.⁷

El aporte de Marx sirvió para descubrir que la plusvalía es la herencia monetaria de una situación de explotación que funcionó en los modos de producción previos con otras características; además, el descubrir el secreto económico de la plusvalía -la diferencia entre el valor de la fuerza de trabajo y el valor creado por la fuerza de trabajo- pudo resolver los hasta entonces puntos oscuros de la teoría del valor-trabajo.

Esta separación entre trabajo y fuerza de trabajo comenzó a evidenciarse en el campo de la salud a partir del hecho de que una vez “medicalizado” el hospital comienza a destinar su acción a cubrir las necesidades, fundamentalmente de la fuerza de trabajo.

No es el marginal, el desocupado, el destinatario de las acciones de atención médica; con el avance del presente siglo, la preocupación se dirige a los sectores con una inserción laboral segura.

El surgimiento de hospitales por grupos ocupacionales, o formas de mutualismo que se desarrollan -y que en parte son herencia de los gremios artesanales- representa el grado de prioridad que reviste la conservación de un adecuado nivel de existencia para ciertos sectores productivos dentro de cada economía nacional. El hospital por ocupaciones o en algunos países por origen migratorio era confundido también con las actividades económicas de los inmigrantes.

Esta tercera etapa en la historia hospitalaria está acompañada, o mejor dicho complejizada, por el desarrollo de las especialidades en el interior del hospital, hasta constituirse en instituciones u hospitales independientes.

De todas formas, el desarrollo del hospital como eje de la práctica médica contemporánea es útil para visualizar las vinculaciones de la práctica con la estructura social.

5. La práctica médica actual, su apariencia

Si en lugar de enfocar la práctica médica en función de sus manifestaciones particulares preocupa más ubicar las características más abstractas y generales, se justifica más la elección de las for-

⁷ Ibid.

mas institucionales de la práctica médica, porque es sobre ellas donde se asienta la acción “oficial”.

El capitalismo de libre empresa, de iniciativa privada, no se contradice, en esencia, con una acción manifiesta sobre aquellos campos de interés para la estabilidad del sistema en su conjunto.

Los inicios de intervención estatal en el campo de la salud, a través de la asimilación a su control de las instituciones de beneficencia, son continuados con la creación de organismos de seguridad social que, conforme avanza el nivel de conciencia o la capacidad reivindicativa de la clase obrera, se convierten en el sistema de atención médica con mayores recursos. La práctica privada constituye la tercera forma de atención que subsiste, por un lado, por la existencia de sectores sociales capaces de solventar sus costos y últimamente por el subsidio indirecto que le otorgan las instituciones de seguridad social a través de la subcontratación de servicio.

La práctica privada es el refugio de la ideología liberal, el ámbito al que se ambiciona y al que se llega cada vez menos. Sus formas más recientes la convierten en una práctica similar a las industrias con alta concentración de capital y agrupación empresarial, desmintiendo en su accionar las imágenes de “libre elección del profesional”, “relación personalizada”, etcétera.

Finalmente la forma más reciente de práctica médica constituye una derivación, en algunos países, del propio Estado, o indirectamente por medio de la seguridad social, y es la medicina comunitaria. Su desarrollo es bastante cercano; atiende a sectores sociales en mayor medida urbanos y recientemente al sector rural, los cuales son víctimas de los desajustes del sistema capitalista en los países dependientes.

En su actividad establece formas de atención que demandan un más simplificado mecanismo de atención, y en la medida que son sectores con nula o muy baja productividad no justifican una elevada inversión de capital para el mantenimiento de su salud. Por otra parte, el Estado aduce su carencia de recursos para mantener toda una estructura asistencial en estos sectores, por lo que se busca -y en muchos casos se consigue- la “participación de la comunidad” en la subvención parcial de estos recursos médicos, ya sea construyendo los servicios, brindando personal de la propia comunidad, o simplemente pagando por cada acto médico.

Estas cuatro formas de la práctica serán analizadas en función de los aportes que cada uno de los autores realiza al tema. Nuestra preocupación consiste en explicar estas formas de práctica médica por el hecho central de su nexo con las relaciones de producción, por lo cual el camino a seguir será el de identificar la relación entre cada una de estas formas con cada clase social en particular.

6. Práctica médica y relaciones de producción

Conforme nuestra perspectiva, esta relación constituye la base explicativa de la existencia de diferentes formas de práctica médica. Una primera distinción de interés es observar cómo para cubrir las necesidades de atención a la salud de la clase obrera se generan diferentes modalidades de “cobertura”.

Como señala J. O. Urbina,⁸ “la clase obrera es un producto genuino de la producción industrial capitalista, constituyendo ésta su única fuente de gestación y de reproducción como clase”. Dicho autor, partiendo de las tendencias que presenta la

⁸ Jaime Osorio Urbina, “Superexplotación y Clase Obrera: El Caso Mexicano”, Cuadernos Políticos, núm. 6, México, Edit. ERA, 1976.

acumulación capitalista -a dónde se orientan las inversiones, qué sectores industriales se desarrollan, dónde se concentran los capitales-, sostiene la posibilidad de identificar formas de estructuración de la clase obrera y las características de su desarrollo.

Además, agrega que

son las necesidades que los capitales imponen, para funcionar productivamente, las que van determinando las exigencias planteadas a la fuerza de trabajo respecto a “cómo consumirla”; es decir, respecto a las formas como la fuerza de trabajo deberá ser explotada por el capital.

En América Latina es claramente visible la diferencia de atención médica que reciben aquellos sectores obreros ocupados en grandes industrias, con una fuerte concentración de la fuerza de trabajo, un trabajo organizado e interdependiente, salarios relativamente altos, con fuerte intensificación de su trabajo, etcétera, en relación a los sectores obreros de las pequeñas industrias, sumamente dispersas en la producción, atomizados en múltiples talleres, con muy bajos salarios y largas jornadas de trabajo.⁹ Esta diferencia no se da sólo en el plano de la atención médica, sino fundamentalmente en las formas de existencia de cada sector, de las cuales la atención médica es otro componente más.

Son muy pocos los autores que se han dedicado a explicar este nexo entre relaciones de producción y práctica médica; no pidamos siquiera una explicación de las diferencias internas a la clase obrera, contentémonos con quienes han intentado responder a preguntas como: ¿a qué clases sociales respondió históricamente el desarrollo

de las instituciones de salud?, ¿cómo gravita una estructura de clases sobre el desarrollo de diferentes terapias, especialidades y conocimientos en el campo médico?, ¿en países dependientes, cómo varían las formas de atención médica a la clase obrera?, o ¿en los países dependientes, qué papel juega la capacidad reivindicativa de los sectores populares en relación al desarrollo de las fuerzas productivas?

Son pocos, es cierto, los autores que de una u otra forma abordan las preguntas o los puntos mencionados. Berlinguer,¹⁰ Stern¹¹ y Ehrenreich¹² en sus trabajos tratan el tema, aunque no en forma directa.

Berlinguer, partiendo de la consideración del poder social del médico, llega a caracterizar las condiciones de su práctica en una específica coyuntura histórica. Su objetivo, dar claridad a la actuación política en el campo médico, se refleja en:

El camino de un empeño profesional ligado a nuevos objetivos sociales está lleno de dificultades, está empedrado no sólo de buenas intenciones, sino de mil posibilidades de compromisos corruptores. Su apertura depende del grado de madurez de los intelectuales, pero mucho más todavía del grado de madurez de las clases trabajadoras y de sus organizaciones.

No es fácil, en una profesión que promete beneficios muy superiores a los de la media de la población, trabajar en instituciones dominadas por fuerzas retrógradas, en colectivos donde las tendencias progresistas son a menudo minorita-

10 Giovanni Berlinguer. *Medicina y política*, Buenos Aires. Argentina, Edit. Cuarto Mundo, 1975.

11 Bernhard Stern. “The Specialist and the General Practitioner”, en *Patient, Physicians and Illness* de G. Jaco, New York. The Free Press, 1969.

12 Barbara Ehrenreich. “Witches, Midwives and Nurses”. *Monthly Review*, october, 1974.

9 Ibid.

rias, en situaciones en las que se hace necesario conquistar para sí, día a día, un espacio nuevo.

Valga lo extenso de la cita para visualizar con amplitud los objetivos que conlleva el trabajo de Berlinguer. Al definir el contexto de la práctica médica como un campo más de lucha y al ubicar los objetivos de su cambio, no resulta extraño que se pueda extraer de su análisis una caracterización de la práctica existente e inmediatamente después una descripción de la práctica social a conseguir.

En la descripción de la situación actual Berlinguer señala que la práctica médica actual está unida a dos vicios de fondo. El primero, su ligazón a un criterio mercantil (la calidad de los tratamientos, y a veces la posibilidad misma de ellos, aparece en función de la riqueza individual o del valor mayor o menor de la capacidad laboral a reintegrar).

El otro vicio es que “la relación personal médico-enfermo, indispensable a los fines terapéuticos, se agota en sí misma como en un círculo cerrado”, dado que esta relación, según Berlinguer, se plantea sólo sobre el acto terapéutico, y no en un acto sanitario (“mecanismo capaz de transformar un fenómeno negativo -la enfermedad- en señal positiva de problemas a los que se necesita enfrentar para impedir otras enfermedades”).

La forma de pasar a una práctica diferente es “dándole a la práctica médica un fundamento organizativo específico, a partir del conjunto de las instituciones sanitarias, y un fundamento general, dado por el conjunto de las relaciones sociales y culturales”.

Si bien el análisis no está centrado en lo que ocurre en las instituciones en su totalidad, sino que el eje gira en torno al médico, es destacable que la metodología de dicho autor está orientada a plan-

tear acciones para determinados periodos “determinadas situaciones”, observándose el peso que tiene el análisis coyuntural en su enfoque.

La meta a alcanzar, y para la cual Berlinguer impulsa un nuevo uso del poder social del médico, se manifiesta en las siguientes consideraciones:

Aún hoy la práctica médica se va configurando como una función separada de la sociedad, mientras se profundiza el abismo entre la medicina y el pueblo. Pero ella, la práctica médica, puede contar con un bagaje científico imponente que debe ser renovado y, por cierto, no abandonado. El cambio sólo se dará a partir de una práctica social distinta, por ejemplo, del análisis de los temas sanitarios surgidos de las actuales condiciones de trabajo en las fábricas: ritmos, horarios, nocividad ambiental, aberración del proceso capitalista de producción, condiciones de vida en las grandes concentraciones urbanas, etcétera. Además es necesario ligarse a esas condiciones para proponer nuevas tareas a la profesión, para conocer y orientar las actitudes de la población y para reconocer así el terreno en que el médico trabajará, las dificultades y los obstáculos que deberá superar.

De Berlinguer podemos extraer elementos útiles para analizar la relación que guarda el ejercicio médico con la estructura de clases; el aporte de elementos metodológicos y conceptuales son de suma importancia, máxime por tratarse de una orientación escasamente desarrollada en América Latina.

De su análisis se derivan también conclusiones acerca de cómo gradualmente, a medida que el vicio mercantil impregna la práctica, se va separando cada vez más la profesión de la ciencia. Su propuesta, clara en la cita precedente, es la de

buscar fuentes prácticas de conocimientos que vinculen el ejercicio a las condiciones actuales de producción. Tanto para el médico como para el conjunto institucional es necesario asumir acciones preventivas y buscar en el espacio de la producción un mejor resultado de los “actos sanitarios”.

Stern sobre este punto (relaciones de producción y práctica médica) señala cómo en el desarrollo reciente de las especialidades médicas se produce, por un lado, su generación con el material humano que recurre a los servicios hospitalarios gratuitos o de bajo costo, pero el ejercicio de la especialidad queda luego puesto al servicio de las clases adineradas y en el medio urbano.

Se evidencia entonces una división de la atención entre el médico general y el especialista, quedando el primero responsabilizado por los sectores de bajos recursos o de residencia rural, dejando el medio urbano y “afluente” en manos de los especialistas.

También de Ehrenreich se pueden extraer conclusiones similares, pero diferenciando en este caso según sexo del profesional, en su trabajo descubre la evolución de la atención médica en función del papel que jugaron las mujeres en su historia.

Afirman que se produjo una clara discriminación antifemenina, por una parte, pero más importante aún, una discriminación social.

La extracción de clase de las mujeres trabajando en el área de la salud era inferior a la de los hombres, y la misma relación existía para la clientela de cada profesional según su sexo.

El desarrollo de las instituciones médicas como cuerpos de prestigio y poder se dio *a posteriori*

del desplazamiento y sometimiento de la mujer que trabaja en este campo.

Cabe destacar que las referencias a clases sociales se observe en autores que, tanto por su comprensión teórica como por sus necesidades de acción política, colocan su producción o sus estudios en una perspectiva materialista.

El vacío que encontramos en los trabajos es el de investigaciones que ayudan a entender los criterios y formas de atención a los diferentes sectores sociales, y la relación dialéctica que existe entre necesidades y reivindicaciones.

Como un aporte diferente, tanto en lo conceptual como en lo metodológico, se puede inscribir el trabajo de Boltanski,¹³ quien descubre el papel normativo y de control social que cumplió la institución médica sobre la naciente clase obrera.

La clase dominante también se apropia de la ciencia, y siguiendo la diferencia en las normas del cuidado infantil, Boltanski demuestra el papel domesticador que se ha hecho jugar al conocimiento científico en el área médica. Cómo los preconceptos científicos se unen a una situación de clase social y cómo ésta es manipulada por el saber oficial, son los elementos que se extraen de la obra de Boltanski.

Quizás el énfasis en los aspectos ideológicos de la transmisión del saber no permita una vinculación más explícita con las condiciones económicas de la clase obrera, de todas maneras eso constituye un aspecto para enriquecer el tema abordado por Boltanski.

13 Luc Boltanski. *Puericultura y moral de clase*, Barcelona. España, LAIA. 1973.

7. Sistemas de práctica y división del trabajo

Definidas ya las formas de práctica vigente cabe buscar una explicación a por qué cuando la atención de un problema similar de salud está referido a distintas clases sociales, implica la inversión de desiguales esfuerzos (personal, tecnología, medicamentos, etcétera). Qué diferencias internas existen entre las instituciones médicas en lo que se refiere a su personal, la división de su trabajo y el empleo de tecnología, etcétera.

Dichos elementos estarían operando como las variables en función de las cuales se podría construir una tipología explicativa de estas instituciones médicas. Serviría para explicar cómo el Estado articula los intereses de las clases dominantes y los provenientes de una situación de dominación neocolonial con la capacidad de presión de la clase trabajadora.

7.1 Situación en América Latina

Schwefel¹⁴ presenta los resultados o conclusiones de una reunión de profesionales latinoamericanos realizada en Berlín en 1973, en donde se analizó la situación en ese momento de los servicios de salud en América Latina.

La reseña destaca algunos puntos centrales de los temas tratados y que la situación de varios de los proyectos que entonces se presentaron ha cambiado en forma drástica y lamentable. Independientemente del análisis que se realice sobre la descentralización de servicios, la democratización, o la participación comunitaria, tales iniciativas han quedado anuladas en la mayoría de los países latinoamericanos.

¹⁴ Detlef Schwefel. Organización de servicios descentralizados de salud pública en la América Latina, Berlín. Instituto Alemán de Desarrollo, 1973.

De todas maneras se planteó allí la secuencia que se dio en el continente de corrientes planificadoras. Mencionan que después de la Segunda Guerra Mundial la estrategia de desarrollo suponía: diversificación de la producción, empleo de tecnologías, industrialización y particularmente aumento de la productividad. Por esa razón bajó la inversión en educación y salud; se pensaba que el desarrollo iba a promover mejoras en ambos. Hasta ese entonces lo que había funcionado para asegurar en el plano de la salud la dependencia económica a la metrópoli habían sido los convenios bilaterales destinados a proteger y mantener la explotación primaria (malaria y fiebre amarilla, abastecimientos de agua, etcétera).

Los países que habían recibido la consigna de convertirse fundamentalmente en exportadores de materias primas contemplan cómo el valor de sus productos cede en el mercado mundial a raíz del desarrollo de productos sustitutivos. Por consiguiente se enfrentan a una situación en la que no han acumulado capital y deben, por un lado, satisfacer necesidades sociales y, por otra, pagar cada vez más caro los productos manufacturados necesarios.

La salida que muchos países encuentran para este desajuste no previsto (?) fue iniciar reformas: educacional, tributaria, administrativa, agraria, etcétera. Estos cambios se caracterizaron por una concepción rígida y economicista con escasa participación de las ciencias sociales.

A través de los análisis en los sistemas de planificación de la salud para el sector estatal (y en especial la repercusión del método CENDES/OPS), los participantes en la reunión concluyen que la “cuantificación, modernización, control, fueron nuevas ropas de las concepciones tradicionales en planificación”.

La racionalidad explícita del sistema, a través de sus criterios burocráticos, no ilustra suficientemente -a partir de los datos de esta reunión- sobre la estructura interna de las instituciones médicas. Es cierto que ése no era el propósito de la reunión, pero la superficialidad del tratamiento del análisis de la burocracia tampoco ayuda a entender las determinaciones estructurales sobre la atención médica.

Cabe señalar que en nuestros países se carece de un aporte ilustrativo del funcionamiento de las instituciones de atención médica, cuyo contenido pueda utilizarse dentro de un modelo explicativo como el que aquí se propone.

7.2 División del trabajo

En torno a este punto existen varias contribuciones referentes a la división del trabajo en esta coyuntura histórica, a algún sector del personal en particular o bien a la aparición de especialidades en el área médica.

En la revista *II Manifesto*,¹⁵ apareció un artículo elaborado por un grupo de obreros y técnicos italianos que analizan la aparición de un nuevo sector dentro del proceso productivo, se refieren a los administradores, ingenieros y científicos que constituyen un sector particular, contrastante de los otros sectores de la clase obrera.

En la medida en que el artículo de los Ehrenreich¹⁶ es coincidente con los planteamientos del grupo italiano, estudiaremos las consideraciones generales que estos últimos formulan para analizar luego su repercusión en el área hospitalaria.

Una primera discusión que se genera es si consideran a este nuevo sector ocupacional como el brazo gerencial de los capitalistas, o el polo opuesto: verlos como proletarios en tanto no tienen propiedad sobre los medios y alienan su trabajo.

Un elemento que se agrega para dilucidar esta polaridad clasificatoria es el componente histórico: en el capitalismo competitivo las relaciones eran más claras entre el proletariado, los capitalistas y sus representantes, ya que la supervisión de la clase capitalista era directa y cotidiana.

Actualmente existen, señala el grupo italiano,

leyes objetivas del proceso de trabajo, y el capitalista ya no está presente físicamente, al mismo tiempo la producción y la labor individual se han sistematizado y racionalizado, la moderna corporación está organizada en base a una compleja jerarquía determinada por la desigual distribución del conocimiento técnico.

Es así como detrás de los principios científicos de organización, gerencia y división del trabajo se desarrollan nuevas formas de autoritarismo.

A pesar de que no se observa una definición clara sobre autodeterminación, que la usan como indicador de socialismo y se parece bastante a autogestión, penetran en el papel que juega el control de conocimientos que poseen los técnicos. Son críticos sobre la magnitud de conocimientos controlados por los técnicos, señalan que desde el punto de vista de la conciencia de clase importa el control sobre el trabajo y el proceso de producción en general. Pero el mito del técnico y del administrador de que son autónomos -porque en sus campos específicos no reciben órdenes, lo que a su vez se ve reforzado por la constante referencia a la ciencia y la tecnología como independientes de

15 *II Manifesto*, 5/6 octubre-noviembre de 1969; versión en inglés, "Technicians and the Capitalist Division of Labor".

16 John y Barbara Ehrenreich, "Hospital Workers: a Case Study in the New Working Class", *Monthly Review*, January, 1973.

cualquier interés e ideología-, es en esencia falso.

Las soluciones que se le presentan a la empresa para concentrar el poder, alimentando esos mitos de autonomía, pueden ser: mantener las formas piramidales de jerarquía, o bien “objetivar” el poder, reduciendo la importancia de las decisiones individuales y estandarizando cada fase operacional. Esto gravita indudablemente en la capacidad de parar la labor, uno de los instrumentos más poderosos que posee la clase obrera. Finalmente concluyen que las funciones especializadas son reificadas al transformarse en barreras objetivas entre los diferentes estratos de la fuerza de trabajo.

La pregunta que obviamente surge es acerca de ¿cómo se manifiesta esto en las instituciones médicas?

Los Ehrenreich estudiaron trabajadores de la “nueva industria” hospitalaria, personal que ha sufrido un aumento cuantitativo impresionante desde el 50 al 70, con un promedio de 132 empleados en el 50, y pasó a 312 en el 70, incremento que se justifica por el cambio en la complejidad del hospital y el desarrollo de equipo más sofisticado, obviamente esto resulta paradójico.

La consolidación de la industria hospitalaria lleva a una situación de competencia entre las instituciones del ramo que reviste características de agresivo expansionismo. Hasta la década de los 50's en Estados Unidos la movilidad de la fuerza de trabajo hospitalaria era considerable, situación que desde hace 20 años se ha venido estabilizando.

Existe ya una bien elaborada división del trabajo, pero a pesar de esta aparente “industrialización” de los trabajadores hospitalarios no constituyen un trabajador industrial cuyo producto sea la

atención médica. El trabajo hospitalario es diferente de los trabajos industriales. En primer lugar, y es obvio, porque el producto central del hospital no es un bien de valor cuestionable, sino un servicio cuyo valor se autoevidencia. En segundo lugar, y otra característica distintiva del hospital, existen agudas diferencias de prestigio y poder del personal empleado, si bien en líneas generales es un personal de alta calificación, los salarios tienen agudas desproporciones que se muestran en la existencia de “profesiones y para-profesiones”, “alto mando y mando medio”, reflejando la ideología en cada una de estas profesiones su *status* subordinado.

El hospital juega con la diferencia ideológica entre trabajadores y profesionales; el primero se aliena, el segundo crea; los primeros se sindicán, los segundos se cuidan de hacerlo.

Frente a esta descripción los autores sostienen que entre potencialmente revolucionario y potencialmente burgués, el personal técnico es ambas cosas.

Susan Reverby¹⁷ se refiere también a la situación norteamericana, y toma como ejemplo el caso de la enfermera hospitalaria con el propósito de desmistificar el papel ahorrador de fuerza de trabajo que supuestamente cumpliría la tecnología en el hospital.

La descripción parte de que hasta principios de siglo las enfermeras eran personal con escasa capacitación, sin o con muy poco salario, en tal sentido no constituían una amenaza para el cuerpo médico. Esta dominación se acrecienta con la conversión del hospital en escuela de enfermería,

17 Susan Reverby. “The Emergency of Hospital Nursing”, en *Health/Pac.*, New York, núm. 66, 1975.

lo cual a la par que da un personal barato y controlable permite un adecuado adoctrinamiento.

Para evitar el potencial poder que la enfermera pueda alcanzar, gracias a su directo contacto con los pacientes, los administradores establecen técnicas gerenciales (separan la concepción de la ejecución, subdivisión de tareas, precálculo de labores, creación de supervisores).

Paralelamente, la introducción de la medicina científica sirve de cobertura ideológica a esta organización empresarial del hospital.

En el caso de la enfermería se observa cómo históricamente se ha convertido en el sector de la fuerza de trabajo, al que se aplicó primero un control fabril, lo interesante de este análisis de Reverby sería complementarlo con la relación que la enfermería mantuvo con los profesionales médicos.¹⁸

Los tres trabajos comentados apuntan a un problema visible en los centros urbanos y en las principales instituciones. Las preguntas que plantean son, entre otras, ¿existe un funcionamiento diferencial de la división del trabajo en las instituciones privadas y las estatales?, ¿cómo se presentan estos problemas en América Latina?

7.3 “Medios de producción” y tecnología

Para el análisis de la práctica médica constituye un riesgo indudable caer en paralelismos muy rígidos entre sistema productivo y sistema de prestación de servicios, en ese sentido considerar a la

tecnología como un instrumento de producción puede ser correcto, lo que se debe tener claro es que no lo es de producción de mercancías.

Varias son las aportaciones en torno al papel que juega la tecnología en la práctica médica; entendemos que de su análisis se deben derivar explicaciones sobre el papel que juega en la medicina contemporánea el desarrollo de innovaciones instrumentales sobre el conocimiento y la aparición de nuevas especialidades. Asimismo el uso que se hace de la tecnología puede ser un interesante indicador de los criterios de inversión de capital que tienen los ministerios, la seguridad social y la práctica privada.

Krause¹⁹ es quien aborda como eje central de su análisis el papel que juega la tecnología en el campo médico.

Resulta interesante destacar que parte de definir a la política como la acción grupal tendiente a incrementar la influencia sobre el curso de ciertos eventos sociales. Para sus propósitos, le interesa en especial la influencia sobre el poder de “distribución de bienestar y otros recursos”. El otro elemento que interviene en su explicación es la tecnología, y la entiende como la “aplicación del conocimiento científico para la solución de problemas concretos, abreviando la distancia entre conocimiento y problemas prácticos”.

Su tesis central es que con el desarrollo de la tecnología ésta comienza a influir sobre los propios hechos sociales, incluyendo la distribución de los recursos, con lo que termina siendo un elemento de peso político en sí.

¹⁸ Mark Field aborda en cierta manera el problema de división del trabajo, comparando sólo cuantitativamente el sistema de la URSS con el de Estados Unidos, en “Evolutions Structurelles de la Profession Médicale... (1910-1970)”, C. Social Démogr. Médic., XI année, núm. 2 (avr-jun 1971).

¹⁹ Elliot Krause. “Health and the Politics of Technology”. Inquiry, vol. III, núm. 3. septiembre. 1971.

Krause es uno de los pocos autores que presenta las opciones conceptuales que tiene el investigador. Se preocupa en diferenciar entre Comte y Marx el rol que le atribuyeron a la tecnología.

Según Comte lo importante para el científico social es generar instrumentos que den orden al caos social que produce la invasión tecnológica. En cambio para Marx, según resume Krause, el hecho de concentrar gran número de personas en condiciones laborales desfavorables y en una situación de explotación económica fomentará la toma de conciencia y, por consiguiente, una revolución política.

Krause entiende las derivaciones de la introducción de la tecnología en el área de la salud a través de elementos concretos: las máquinas, las técnicas, los proveedores, las corporaciones y las ganancias. Su preocupación es observar y explicar el creciente uso de la tecnología como forma de inversión de capital y mecanismo de afianzamiento y logro de poder.

Su observación crítica apunta al juego sucio entre proveedores y compradores, que quiebra las reglas del mercado, lo cual en medicina es aún más grave, ya que

la atención médica analizada como producto se distorsiona porque elude las fuerzas del mercado: precio, elección, rendimiento medible, canales y expresiones para el descontento del consumidor...

A pesar de que el análisis se inicia con buenos auspicios y que la riqueza de información es considerable, el artículo peca finalmente de una crítica superficial a la actual situación del complejo industrial-asistencial-universitario.

Sin embargo hay muchos puntos de interés; su explicación del tránsito del hospital universitario a la atención comunitaria en función de propósitos oportunistas, obtención de mayores fondos federales, es notable.

C. Wright Mills²⁰ destaca el impacto de la tecnología en la actividad médica, y Strauss²¹ estudia la repercusión de esta situación sobre la atención pediátrica. Mills, con influencia weberiana, califica al hospital de burocracia con cierto grado de autonomía que tiene la capacidad de formar y adoctrinar sus propios recursos humanos y establece una racionalidad específica para mantener esa dependencia.

7.4 Interés e instituciones

Las características de las instituciones en sus aspectos organizativos, la administración y los criterios de racionalidad con que operan, constituyen un campo de especial interés. Pueden encontrarse textos sobre servicios estatales, administración aplicada a la seguridad social e inclusive sobre programas de salud comunitaria, pero se carece de un análisis comparativo de dichas instituciones en cuanto a su relación con la base económica de una sociedad.

Bonnie Towles²² describe la decadencia de la práctica individual de la profesión médica y cómo emergen prácticas sustitutivas a través del ejercicio grupal. Este proceso de desaparición del generalista se ve estimulado por el desarrollo de una mayor actividad por parte de las grandes funda-

20 C. Wright Mills, "Les Transformations du Monde Medical", en *Sociologie Médicale*, de François Steudler, Armand Colin.

21 Pierre Strauss, "L'Hospitalisation des Enfants", en *Sociologie Médicale*, op. cit.

22 Bonnie Towles. "Primer on Primary Care", en *NC, for Urban Ethnic Affairs and PAC*.

ciones médicas y por los grupos de especialistas de sistemas de práctica grupal.

La influencia de las compañías de seguros y el criterio empresarial con que se organizan estos servicios son analizados a través de la discriminación de que son objeto para poder hacer rentable la inversión, los enfermos crónicos, los pobres, los ancianos, etcétera. Se trata de una caracterización de las tendencias que se observan en Estados Unidos, aunque conviene destacar que estos fenómenos, con diferente intensidad, se manifiestan ya en América Latina.

8. Práctica médica y valor

La práctica médica no produce bienes materiales que se puedan consumir, cambiar, etcétera; sin embargo sus acciones poseen un valor, valor dado por el tiempo de trabajo insumido por los trabajadores de salud, por los costos de equipos de diagnóstico y tratamiento y por la valoración

que la sociedad (el Estado, la clase dominante y, en fin, el “mercado”) haga de cada acto médico.

Discutir si es posible considerar que cada práctica médica, según a la clase social a que esté dirigida, posea diferente valor, es sin duda un tema que demanda una consideración minuciosa, y del cual se quiere plantear aquí la inquietud.

Sólo tres trabajos hemos encontrado vinculados a este tema: Hanlon²³ lo analiza desde una perspectiva eminentemente al servicio de la racionalidad capitalista; Robert Alford²⁴ propone una descripción característica de las ciencias políticas fun-

cionalistas, y Guy Caro²⁵ desde una postura materialista esboza algunas consideraciones en torno al valor del acto médico.

La perspectiva clásica del tema del valor estaría dada por las observaciones de Hanlon; aunque él se refiere al valor en el campo de la salud pública, refleja la imagen que tiene de la salud. Las fuentes que utiliza para encontrar un valor económico a la vida y la salud lo descubren y ubican; toma de William Petty (1623-1687) y de Adam Smith las bases para considerar el “cuerpo como semejante a una máquina”. Además agrega que

la vida y la salud sólo tienen en sí mismos un valor real en cuanto contribuyen a fomentar la eficiencia y la felicidad... su valor auténtico depende de las actividades que, gracias a ellos, se pueden desarrollar.

A partir de esta perspectiva analiza los factores componentes del valor de la vida humana en los periodos de “inversión inicial, periodos de costos de instalación humana, periodo de productividad humana”. Hanlon es quien expone con más claridad esta subordinación de los servicios de salud al valor económico, explicita aquellos factores que otros encubren y resulta interesante que al señalarlos en esa forma piense en la salud en relación a productividad.

Esos cálculos de horas de trabajo no desperdiciadas, gastos de tratamientos evitados, ilustran que la preocupación radica en asegurar el control sobre el nivel de existencia que históricamente se alcanzó, control que obviamente se encuentra en manos de la clase dominante, por eso Hanlon le resulta en el plano de la salud un buen “intelectual orgánico”.

23 J. Hanlon, *Principios de administración sanitaria*, 3a. ed., México, La Prensa Médica Mexicana, 1973.

24 Robert Alford, *The Political Economy of Health Care. Dynamics without Change. Politics and Society*, Winter, 1972.

25 Guy Caro, *La medicina impugnada*, cap. II, Barcelona, Edit. Laia, 1972.

Estos intereses económicos sobre la salud de la población se reflejan, por una parte, en el funcionamiento de sistemas de práctica médica y, por otra, en los grupos de interés que de ella se derivan. Siguiendo la orientación de muchos politólogos norteamericanos, Alford formula una descripción de los grupos de presión que se forman: unos defendiendo un valor determinado fundamentalmente por las leyes del mercado (práctica privada); otros buscan en el funcionamiento de los servicios un valor económico, pero también político al extender el ámbito de control social del Estado en forma más racional (seguridad social, ministerios), y otros más que desean para la comunidad una participación en el poder sobre la distribución de los recursos.

De esas bases Alford extrae la lucha entre los “defensores del mercado”, los “abogados de la salud igualitaria” y “los racionalizadores de la burocracia”, grupos que representan diferentes modalidades de práctica médica. Pero sus limitaciones -e incluso las de Alford- consisten en que terminan calificando o ubicando los problemas de los servicios en términos de que

la crisis no es el resultado de la necesaria competencia entre intereses, grupos y proveedores en una economía pluralística y competitiva, no por la ineficiencia burocrática o por la conexión de leyes o políticas gubernamentales, sino por el conflicto entre los monopolistas de la profesión y los racionalizadores de la burocracia.

Su observación final es un tanto obvia y esperada. Si toda la situación es tan conflictiva, señala, hasta que no se contradiga la estructura pluralística de la sociedad se mantendrá la tendencia o una condición entre ambos grupos.

Caro adolece de serios defectos, entre ellos el de hacer un análisis superficial, y al emitir opiniones, o mejor dicho extrapolaciones, lo lleva a solidarizarse con modelos que son meras extensiones de la situación de la producción material, aplicadas a la práctica médica. Entonces cae en el reiterado error de describir la práctica médica como una mercancía (“el valor como mercancía, valor de cambio que representa el precio de las consultas, no corresponde al valor de uso, a la utilidad de esas actividades, ni al tiempo medio de trabajo de los médicos que las practican”).

Este error de considerar el acto médico como mercancía se une a una serie de críticas (que se podrían excusar en función de la coyuntura) que le restan al trabajo una utilidad mayor.

Caro da más importancia a la necesidad de aplicar conceptos teóricos que ser consecuente con ellos.

Conclusión

En el presente estudio, a la par que se realiza una revisión de trabajos vinculados a la temática de la práctica médica, se intenta construir una estructura válida para el análisis de la atención médica institucionalizada. Dada la carencia hasta el presente de investigaciones es necesario considerar también trabajos que lo hacen desde un enfoque estático y funcionalista. Vale decir que se trata de un campo que demanda una continua labor de investigación orientada hacia la situación latinoamericana.

La salud-enfermedad como proceso social*

Asa Cristina Laurell

A finales de los sesenta surge como resultado de la crisis social, política y económica, así como de la medicina misma, una corriente de pensamiento médico crítico que cuestiona el carácter puramente biológico de la enfermedad y de la práctica médica dominante y propone que el proceso salud-enfermedad puede ser analizado con éxito como un hecho social.

Corresponde a esta corriente, en principio, demostrar el carácter histórico del proceso salud-enfermedad, definir con precisión su objeto de estudio y fijar sus propuestas referidas al problema de la determinación de aquel proceso.

Se muestra cómo la historicidad del proceso salud-enfermedad se revela en los cambios que se dan a través del tiempo en: el perfil epidemiológico y que no se explican por los cambios biológicos ocurridos en la población ni por la evolución de la práctica médica. Asimismo, el carácter social se verifica en la comparación de los perfiles epidemiológicos de países que tienen distinto nivel de desarrollo de fuerzas productivas y relaciones sociales de producción. Finalmente, se demuestra el hecho de que las diferentes clases sociales de una misma sociedad se enferman y mueren de modo distinto.

Se establece que el objeto de estudio de la medicina clínica se distingue del objeto de estudio que permite aprender la salud-enfermedad como un proceso social. Así, se propone que el objeto de la epidemiología crítica es el proceso salud-enfermedad de un grupo (en cuanto modo específico de desarrollo del proceso biológico de desgaste y reproducción, con sus momentos particulares y diferenciables de enfermedad). Sin embargo, no es el proceso salud-enfermedad de cualquier conglomerado de individuos sino de un grupo constituido a partir de sus características sociales definidas por una teoría de lo social. Se apunta que el proceso salud-enfermedad tiene carácter social tanto por ser socialmente determinado cuanto por ser en sí mismo un proceso social.

Se revisan algunas proposiciones acerca de la causalidad de la enfermedad sostenidas por la epidemiología dominante. Se intenta demostrar, de igual manera, las limitaciones de la multicausalidad derivadas de su posición agnóstica, y de ésta y los planteamientos de la epidemiología social basadas en su biologización de lo social. Se propone, por último, que la determinación y la distribución del proceso salud-enfermedad pueden ser abordadas fecundamente valiéndose de las categorías de “trabajo” y “clase social”.

*Publicado originalmente: Laurell, A.C. (1982). La salud-enfermedad como proceso social. En Revista Latinoamericana de Salud, 2, 7-25.

A finales de los sesenta se da una polémica intensa respecto al carácter de la enfermedad. Lo que se discute es si ésta es esencialmente biológica o, por el contrario, social. Hay así un cuestionamiento profundo del paradigma dominante de la enfermedad que la conceptualiza como un fenómeno biológico individual. Las razones del surgimiento o, mejor dicho, del resurgimiento actual de esta polémica deben buscarse tanto en el desarrollo de la medicina misma como en la sociedad en la cual se articula.

El auge de esta polémica a finales de los sesentas encuentra su explicación externa a la medicina en la creciente crisis política y social que se entrelaza y acompaña con la crisis económica. A partir de esos años se vive una nueva etapa de luchas sociales, que asumen formas particulares en los diferentes países, pero que caracterizan a la época.

Uno de los rasgos de las luchas populares en esos años es que ponen en entredicho, bajo formas totalmente distintas y con perspectivas de muy variable alcance, el modo dominante de resolver la satisfacción de las necesidades de las masas trabajadoras.

Esto ocurre tanto en los países capitalistas avanzados como los dependientes. Así, al calor de estas luchas empieza a gestarse una crítica que busca formular una comprensión diferente de los problemas más acorde con los intereses populares y capaz de dar origen a prácticas sociales nuevas. De esta manera las nuevas corrientes se inspiran en las luchas populares y se define, así, la base social sobre la cual se sustentan.

Por otra parte, el motor principal de la medicina, que da origen al cuestionamiento del paradigma médico biológico, se encuentra en la dificultad

de generar un nuevo conocimiento que permita la comprensión de los principales problemas de salud que hoy aquejan a los países industrializados, esto es, los padecimientos cardiovasculares y los tumores malignos. Se deriva, además, de una crisis de la práctica médica, ya que parece claro, especialmente desde el horizonte latinoamericano, que la medicina clínica no ofrece una solución satisfactoria al mejoramiento de las condiciones de salud de la colectividad, hecho que se demuestra en el estancamiento de éstas en grandes grupos o su franco deterioro en otros.

No obstante las evidencias que muestran las limitaciones de la concepción biológica de la enfermedad y de la práctica que sustenta, es innegable que ha sido capaz de impulsar la generación del conocimiento médico durante una etapa larga. Es así como la corriente que sostiene que la enfermedad puede ser analizada fecundamente como un proceso social está en la obligación de comprobar su planteamiento y su utilidad en la práctica.

La primera tarea, entonces, es demostrar que la enfermedad efectivamente tiene carácter histórico y social. Para esto habría que distinguir dos problemas que subyacen a esta cuestión. Por una parte tenemos el concepto de salud, que expresa cómo se conceptualiza y define socialmente a determinado fenómeno. Por la otra, se esconde atrás de la palabra “enfermedad” un proceso biológico que se da en la población independientemente de lo que se piensa respecto a él. Habría que comprobar, entonces, el carácter social de ambas.

Una segunda tarea de la corriente médico social sería definir el objeto de estudio que permita profundizar en la comprensión del proceso salud-enfermedad como proceso social. Intentar el análisis en la dirección señalada parece llevar a un callejón sin salida, a menos de que haya una reflexión

sistemática sobre cómo construir un objeto de estudio que posibilite el avance del conocimiento.

El último problema que se necesita abordar para formular los planteamientos respecto a la enfermedad se refiere al modo de conceptualizar la causalidad o, mejor dicho, la determinación. Esto resulta necesario porque plantearse el estudio del proceso salud-enfermedad como un proceso social no se refiere solamente a una exploración de su carácter, sino que plantea de inmediato el problema de su articulación con otros procesos sociales, lo que nos remite inevitablemente al problema de sus determinaciones.

A lo largo de este trabajo vamos a tratar de avanzar algunas ideas respecto a los tres puntos planteados. Lo hacemos así porque sabemos que el conocimiento y las formulaciones que existen respecto al proceso salud-enfermedad en cuanto proceso social son fragmentarios y hasta cierto punto hipotéticos. No obstante, estamos convencidos de la necesidad ineludible de avanzar de modo cada vez más concreto para poder construir y enriquecer la teoría.

El carácter histórico del proceso salud-enfermedad

La mejor forma de comprobar empíricamente el carácter histórico de la enfermedad no está dada por el estudio de su apariencia en los individuos sino por el proceso que se da en la colectividad humana. Es decir, la naturaleza social de la enfermedad no se verifica en el caso clínico sino en el modo característico de enfermar y morir de los grupos humanos. Por ejemplo, aunque probablemente “la historia natural” de la tuberculosis sea distinta hoy de la de hace 100 años, no es en el estudio de los enfermos de tuberculosis como vamos a aprender mejor el carácter social de la

enfermedad, sino en los perfiles patológicos* que presentan los grupos sociales.

En este sentido, aun antes de discutir cómo construir los grupos por estudiar, debería ser posible comprobar diferencias en los perfiles patológicos a lo largo del tiempo como el resultado de las transformaciones de la sociedad. Asimismo, las sociedades que se distinguen en su grado de desarrollo y de organización social deben exhibir una patología colectiva diferente. Finalmente, dentro de una misma sociedad las clases que la componen mostrarán condiciones de salud distintas.

La demostración de lo antes señalado se dificulta en el caso de México por la poca confiabilidad de las estadísticas poblacionales existentes y por la falta de investigación concreta referida a la problemática que nos ocupa. Sin embargo, estimamos que al optar entre mantenernos en la ignorancia por razones de exigencias técnicas o utilizar la documentación deficiente que ofrecen las estadísticas oficiales habría que elegir esto último. Debe quedar claro, sin embargo, que no permiten más que una interpretación de tendencias y de diferencias cualitativas.

De igual modo, al depender de los datos existentes, nos vemos en la obligación de analizar el perfil patológico no en términos de la enfermedad sino de la muerte, que obviamente es una indicación bastante deficiente de la primera, especialmente cuando los procesos patológicos prevalentes son crónicos y, a veces, ni siquiera mortales. Pero registradas todas las limitaciones vamos adelante.

El análisis de las principales causas de muerte en México en 1940 y 1970 nos demuestra varios he-

* El perfil patológico se constituye tomando en cuenta el tipo de patología y la frecuencia que determinado grupo exhibe en un momento dado.

chos (ver cuadro 1). En primer lugar se constata que, si se considera en conjunto, ha habido cambios en el perfil patológico en relación con el tipo de patología y con la frecuencia con la cual se presenta. Así, aun cuando los dos primeros lugares están ocupados por las mismas enfermedades –la neumonía y las gastroenteritis y colitis– en 1940 y 1970, la frecuencia con la cual se presentan ha variado importantemente, ya que las tasas han bajado a la mitad y a una tercera parte respectivamente.

Hay en el período estudiado una disminución importante en las enfermedades infecciosas (objetos de campañas o no), como en la tifoidea y el paludismo que desaparecen entre las diez principales causas, en la viruela que se erradica, y en el sarampión, la tosferina, la sífilis y la tuberculosis, cuyas tasas bajan considerablemente. Por el contrario, hay un aumento absoluto en las tasas y en el lugar que ocupan del cuadro patológico las enfermedades del corazón, los tumores malignos, las enfermedades del sistema nervioso central, la diabetes y los accidentes.

Es posible constatar, pues, que el perfil patológico que presenta México en los dos momentos históricos estudiados son claramente distintos, hecho que no es explicable en términos biológicos, especialmente porque los cambios referidos no son el resultado del cambio en la estructura etaria de la población. De esta manera las tendencias observadas en la población general se registran también entre los hombres en edad productiva. Por ejemplo, en el grupo de hombres entre 45 y 64 años las tasas de mortalidad por enfermedad arterioesclerótica del corazón han aumentado de 31.4 a 95.9 por 100 000 en los últimos 20 años, por tumores malignos de 70.4 a 95.8, y por accidentes de 101.4 a 121.4.¹

Es decir, los cambios registrados en la mortalidad general se verifican, también, en los grupos de edades jóvenes. Las transformaciones sufridas no pueden explicarse simplemente como un resultado del desarrollo médico. El decremento o la erradicación de algunas enfermedades infecciosas indudablemente se debe a las medidas de prevención específica, como las vacunas o las campañas, pero no al desarrollo del modelo médico hospitalario.

Por otra parte, el decremento de otras enfermedades que carecen de medidas específicas de prevención, como serían las neumonías o las infecciones intestinales, no se puede explicar como el resultado del desarrollo médico. Finalmente, a pesar de lo que digan los impugnadores de la “medicalización” de la sociedad y sus efectos iatrogénicos,² los incrementos en las enfermedades antes mencionados no se explican partiendo de la práctica médica. Habría que buscar, entonces, la explicación no en la biología ni en la técnica médica sino en las características de las formaciones sociales en cada uno de los momentos históricos.

Otra forma de mostrar el carácter social de la enfermedad, y que además permite ahondar en cuáles son las determinantes sociales del perfil patológico, es el análisis de las condiciones colectivas de salud de diferentes sociedades en un mismo momento histórico. En el cuadro 2 se presentan las diez principales causas de muerte en México, Cuba y Estados Unidos. La comparación entre estos tres países permite evaluar *grosso modo*, el resultado sobre el perfil patológico del desarrollo de las fuerzas productivas y de las relaciones sociales de producción.

En la comparación entre México y Cuba, países que se asemejan en cuanto al desarrollo económi-

Cuadro 1. Evolución de las principales causas de mortalidad general. México, 1940 y 1970

CAUSAS	1940		1970		Cambio respecto 1940
	Tasa por 100.000	Orden de importancia	Tasa por 100.000	Orden de importancia	
Neumonías	365.3	2	170.8	1	- 185.5
Gastroenteritis y colitis	490.2	1	141.7	2	- 348.5
Enfermedades del corazon	54.3	9	68.3	3	+ 14.0
Mortalidad perinatal	100.7	4	51.5	4	-49.2
Tumores malignos	23.2	-	37.6	5	+ 14.4
Accidentes	51.6	10	71.0	6	+ 19.4
Lesiones vasculares del SNC	18.9	-	24.7	7	+ 5.8
Bronquitis	66.8	8	16.7	-	- 50.1
Diabetes mellitus	4.2	-	15.3	-	+ 11.1
Tuberculosis aparato respiratorio	47.9	-	19.9	9	- 28.0
Tifoidea	31.9	3	5.8	-	- 26.1
Paludismo	121,7	5	0.6	-	- 121.1
Viruela	6,8	-	-	-	- 6.8
Tos ferina	42.4	-	7.1	-	- 35.3
Sarampión	91.2	6	24.3	8	- 66.9
Sífilis	19.2	-	0.8	-	- 18.4
Homicidio	67.0	7	18.0	10	- 49.0

FUENTE: Depto. de Medicina Social, Medicina preventiva y Salud Pública. Facultad de Medicina, UNAM.

co pero se distinguen en cuanto a las relaciones sociales de producción, resaltan varios hechos. En primer lugar se registra que el perfil patológico mexicano está dominado por las enfermedades infecto-contagiosas con la neumonía o la influenza y las infecciones intestinales a la cabeza de la lista de las principales causas de muerte, y el 40% de la mortalidad total de origen infeccioso.³ Al mismo tiempo, como habíamos señalado antes, las enfermedades consideradas típicas de la sociedad “moderna”, como son las enfermedades isquémica del corazón, los tumores malignos y los accidentes, comienzan a ocupar un lugar importante en el perfil patológico. Finalmente destaca la alta tasa de mortalidad por cirrosis hepática, 21.4 por 100 000, que habla de la mala nutrición y el alcoholismo, esto es, de la pobreza y de la desesperación, hecho que también se manifiesta en la altísima frecuencia de muerte violenta.

En el perfil patológico de Cuba el peso de las enfermedades infecto-contagiosas es mucho menor. De ellas sólo la neumonía y la influenza aparecen entre las diez principales causas de muerte y toda la patología infecciosa en conjunto constituye el 11% de la mortalidad total.⁴ Dominan claramente dos grandes grupos de enfermedades que son las cardiovasculares, agrupadas en el A 80 hasta el A 86 en la clasificación de las enfermedades de la OMS,⁵ y los tumores malignos.

Lo que demuestran las estadísticas de mortalidad de Cuba es que no existe una relación mecánica y necesaria entre el grado de desarrollo económico y las condiciones colectivas de salud; desmienten la fatalidad patológica de la “pobreza promedio”. Esta observación debe centrar su análisis en las relaciones sociales de producción existentes en la sociedad, ya que es lo que distingue a Cuba de México.

El análisis del perfil patológico de Estados Unidos revela que el tipo de enfermedades que predominan tiene semejanzas importantes con el de Cuba. Así, los padecimientos cardiovasculares son los más comunes, seguidos por los tumores malignos y los accidentes. Destacan, además, entre las diez principales causas de muerte la diabetes, en cuya presentación el “stress” influye,⁶ y la cirrosis hepática. Si bien el perfil patológico de Estados Unidos se parece al cubano, en cuanto a tipo de patología, hay una diferencia esencial en cuanto a la frecuencia con la cual se presenta esa patología en los dos casos. Así por ejemplo, las enfermedades isquémicas del corazón son 3 veces más frecuentes como causa de muerte en Estados Unidos que en Cuba, los tumores malignos y accidentes aproximadamente un 50% más frecuente, la diabetes un 80% y la cirrosis 2.5 veces más comunes.⁷

Se podría pensar que las diferencias en tasas entre Estados Unidos y Cuba no es más que el resultado de las distintas estructuras demográficas de las dos poblaciones, ya que indudablemente la población norteamericana tiene una mayor proporción de su población en edades altas que Cuba. Dado que las enfermedades cardiovasculares y los tumores malignos tienen una incidencia mayor en las edades avanzadas,⁸ las diferencias observadas se explicarían, entonces, como el efecto simple del hecho demográfico.

Hay atrás de esta interpretación lo que podríamos denominar la concepción de “la enfermedad residual”. Enfrentado al surgimiento de un nuevo perfil patológico, dominado principalmente por las enfermedades cardiovasculares y los tumores malignos, éste se intenta explicar como la aparición de una patología residual que antes estaba encubierta por las enfermedades infecciosas. Es decir, dado que el hombre tiene que morir de algo

Cuadro 2. 10 Primeras causas de mortalidad general en México, Cuba y Estados Unidos

MÉXICO		
Causas	Defunciones	Tasa 1
Neumonía e influenza (A89-90)	69 087	131.7
Enteritis y otras enfermedades diarreicas (A5)	66 864	127.5
Enfermedades isquémicas (A83) del corazón, otras (A80, 81, 84)	25 760	49.1
Ciertas causas de muerte perinatal (A131-135)	25 147	47.9
Muerte violenta (A131-135)	25 481	42.9
Tumores malignos (A47-60)	19 217	36.6
Accidentes (A138-146)	13 911	26.5
Enf. cerebro-vasculares (A85)	12 809	24.4
Sarampión (A25)	11 504	21.9
Cirrosis hepática (A102)	11 236	21.4
Todas las demás	129 644	247.2
Mal definidas (A136-137)	59 119	112.7
Todas las causas 1	476 206	908.1
CUBA		
	Defunciones	Tasa 1
Enf. isquémicas del corazón (A83)	9 398	107.4
Otras (A80, 81, 84)	1 453	16.6
Tumores malignos (A45-60)	8 929	102.1
Enfermedades cerebro-vasculares (A85)	4 694	53.7
Ciertas causas de mortalidad perinatal (A131-A135)	3 270	37.4
Neumonía e influenza (A89-90)	3 018	34.5
Accidentes (AE-138-146)	2 823	32.3
Enf. arterias, arteriola y capilares (A86)	1 976	22.6
Suicidio (A147)	1 265	14.5
Malformaciones congén. (A126-130)	1 245	14.2
Enf. hipertensivas (A85)	1 976	13.5
Todas las demás	17 612	201.3
Mal definidas (A136-137)	299	3.4
Todas las causas	49 447	565.2
ESTADOS UNIDOS		
	Defunciones	Tasa 1
Enf. isquémicas del corazón (A83)	674 292	326.1
Otras (A80, 81, 84)	55 026	26.6
Tumores malignos (A45-60)	337 398	177.7
Enfermedades cerebro-vasculares (A85)	209 092	101.1
Accidentes (AE 138-146)	113 439	54.8
Neumonía e infl. (A90-92)	57 194	27.6
Enf. arterias, arteriola y cap. (A86)	56 848	27.5
Ciertas causas de mortalidad perinatal (H131-135)	38 495	18.5
Diabetes (A64)	38 256	18.5
Cirrosis hepática (A102)	31 808	15.4
Bronquitis, enfisema y asma (A93)	30 284	14.6
Todas las demás	258 876	111.0
Mal definidas (A136-137)	26 534	12.8
Todas las causas	927 542	932.2

al llegar al final de su ciclo vital natural, y las enfermedades infecciosas ya no lo matan, algún padecimiento degenerativo pondrá punto final a su vida, por ejemplo, los padecimientos cardiovasculares o cancerosos. Esta explicación se basa en una concepción lineal y “desarrollista” de la enfermedad en la sociedad, ya que en el fondo ve la historia de la enfermedad como el resultante simple del desarrollo de las fuerzas productivas, del grado de dominio del hombre sobre la naturaleza. Así, la historia de la enfermedad, reza la proposición, es la eliminación sucesiva de ella y el acercamiento cada vez mayor a la salud.

Esta concepción, a pesar de que reconoce que hay una historia de la enfermedad, paradójicamente, no le adscribe carácter histórico y social al proceso salud- enfermedad como tal, ya que no alcanza a ver que cada sociedad crea su propio perfil patológico. Esto es, piensa que la transformación es sencillamente la eliminación de una parte de la patología que hace aparecer a otra. De esta manera, el proceso de salud-enfermedad de la sociedad no se explica por sus determinaciones múltiples, biológicas y sociales específicas, sino por la capacidad técnica de la sociedad para eliminar ciertas enfermedades y, por ejemplo, nutrir a la población.

Revela, así, un modo especial de entender la relación entre el hombre y la naturaleza: como una contradicción antagónica que se resuelve por medio de una relación de dominación de aquél sobre ésta.

La comparación de las tasas de mortalidad de la población masculina de Cuba y Estados Unidos, en las edades 35 a 64 años (cuadro 3), por una parte, desmiente que la diferencia de frecuencia de algunas enfermedades que se observa entre los dos países tiene que ver con la estructura de-

mográfica y, por otra, provee evidencia empírica que claramente pone en entredicho la concepción de la “enfermedad residual”. De esta manera, las enfermedades isquémicas del corazón son entre tres y cuatro veces más frecuentes como causa de muerte en los norteamericanos entre 35 y 64 años que entre los cubanos de la misma edad, tendencia que se repite para los tumores malignos, la cirrosis hepática, la diabetes, los accidentes y las tasas de mortalidad general para cada uno de los grupos de edad. Esto demuestra que efectivamente la explicación “residual” no es suficiente para dar cuenta de lo observado, porque si se tratara de la patología, para así decirlo, destapada al bajar las enfermedades infecciosas, Cuba y Estados Unidos deberían presentar las mismas tasas de mortalidad por las enfermedades investigadas. Al no ser así nos encontramos, otra vez, con un cuadro patológico específico de cada sociedad que no se explica como la función simple de algún factor aislado.

Para demostrar el carácter social de la enfermedad, también es necesario estudiar el tipo, la frecuencia y la distribución de la enfermedad entre los distintos grupos sociales que componen la sociedad.

Es decir, al existir una articulación entre el proceso social y el proceso salud- enfermedad, éste debe asumir características distintas según el modo diferencial que cada uno de los grupos tenga en la producción y en su relación con el resto de los grupos sociales. Existe documentación empírica mediante la cual se comprueba que la distribución de la enfermedad y de la muerte es desigual; también es posible detectar perfiles patológicos específicos de los grupos sociales si se construyen con criterios objetivos (problema que trataremos más adelante).

Cuadro 3. Tasas de mortalidad por algunas causas específicas, en hombres de Cuba y Estados Unidos, 1972

CAUSAS	35 - 44 años		45 - 57 años		55 - 64 años	
	Cuba	Estados Unidos	Cuba	Estados Unidos	Cuba	Estados Unidos
Enfermedades isquémicas del corazón (A83)	22.5	85.5	87.5	330.4	299.4	896.5
Tumores malignos (A45-60)	31.5	52.2	111.0	180.0	369.4	489.2
Cirrosis hepática (A102)	2.4	24.9	12.4	51.3	26.3	72.1
Diabetes mellitus (A64)	2.2	5.7	7.8	12.8	29.9	34.6
Accidentes vehículo motor (AE138)	12.8	35.9	12.3	34.6	13.5	38.0
Accidentes industriales (AE145)	4.3	7.1	3.2	7.1	2.2	8.9
Todas las causas	210.7	393.6	451.6	930.6	1194.9	2245.0

FUENTE: World Health Statistic Anual 1972
OMS, Gineve 1975
1 por 100 000 habitantes.

Uno de los pocos estudios latinoamericanos que comprueba la probabilidad diferencial de morir en la temprana infancia, según la clase social, fue realizado por Behm⁹ en Costa Rica. Esta investigación demuestra que el riesgo de morir durante los dos primeros años está directamente relacionado con la ocupación del padre, o sea, con el modo como éste se inserta en la producción. Así, la probabilidad de que un niño proletario urbano muera antes de los dos años de edad es cuatro veces mayor que un hijo de la alta o mediana burguesía; el riesgo del niño campesino es cinco veces mayor.

El tipo de patología que sufren los distintos grupos sociales también es variable, hecho que se demuestra en un estudio realizado por Celis y Nava¹⁰ en México. Ellos comparan las causas de

muerte y su frecuencia en un grupo de personas con seguro de vida privado y otro que muere en el Hospital General de la Ciudad de México; ambos grupos representan a la burguesía y las capas medias altas, y el subproletariado urbano respectivamente. Los resultados del estudio demuestran que los pacientes del Hospital General mueren 30 veces más de amibiasis, 8 veces más de TB, 6 de hepatitis, 4 de infecciones respiratorias agudas, y 3.5 veces más de cirrosis hepática y de enfermedades reumáticas crónicas que el grupo de comparación. Los asegurados privados, por su parte, mueren 3 veces más de enfermedades cardio vasculares y 2.5 veces más de enfermedades del sistema nervioso central.

Al buscar documentación fuera de América Latina, encontramos dos estudios realizados en In-

glaterra que parecen especialmente relevantes. El primero de ellos compara la mortalidad, por grupos de causas, entre los distintos sectores de la población. El cuadro 4 reproduce los datos correspondientes a la burguesía y las capas medias altas, y los obreros no calificados. Como se puede apreciar, la mortalidad es sistemáticamente más alta entre los obreros; esta situación se reproduce en todos los grupos de edad.

El segundo estudio muestra el desarrollo de las diferenciales de mortalidad entre las clases sociales I a V, establecidas por el *Registrar General* de Inglaterra,* en el período 1921-1972.¹² Del cuadro 5 se desprende que en el período estudiado, a pesar de que corresponde (especialmente de 1949 en adelante) a la construcción del Estado de Bienestar en Inglaterra, no ha habido una disminución en las diferenciales de mortalidad de los grupos sociales sino más bien un aumento, ya que la diferencia entre los grupos I a V fue de 43 en 1921-1923 y de 60 en 1970-1972. Caben dos comentarios más respecto a este cuadro. En primer lugar, indica que las diferenciales de mortalidad entre los grupos sociales no son el resultado de distinto acceso a los servicios médicos, ya que el Servicio Nacional de Salud fue implementado en Inglaterra a partir de 1946¹³ para garantizar el acceso de toda la población inglesa a los servicios médicos.

La segunda cuestión que actualiza el cuadro 5 se refiere al problema de la relación entre las condiciones de vida y la salud. Indudablemente el nivel de vida general de los ingleses ha mejorado en el período 1921 a 1972, pero este cambio se ha operado esencialmente en el campo del consumo. Esto quiere decir que las relaciones sociales de

producción siguen igual, lo que significa que la sociedad de clases sigue existiendo, del mismo modo como las diferenciales de mortalidad.

Los datos presentados nos permiten verificar empíricamente el carácter social del proceso salud-enfermedad en cuanto al fenómeno material objetivo, tal como se expresa en el perfil patológico de los grupos humanos. Es así porque, como hemos demostrado, el perfil patológico cambia para una misma población según las características del momento histórico. Asimismo, las distintas formaciones sociales presentan perfiles patológicos que, a nivel muy general, se diferencian según el modo particular de combinarse el desarrollo de las fuerzas productivas y las relaciones sociales de producción. Finalmente, es posible comprobar que el proceso patológico de los grupos sociales de una misma sociedad se presenta distinto en cuanto al tipo de enfermedades y su frecuencia.

El carácter social de los conceptos de salud y de enfermedad, esto es, la conceptualización que se hace en un momento dado respecto a qué es la enfermedad y por qué se presenta, resulta más fácil de comprobar. Es así porque, como lo demuestra Conti,¹⁴ el análisis histórico pone a la vista cómo las necesidades de las clases dominantes, que se expresan como si fueran las necesidades de la sociedad en su conjunto, condicionan uno u otro concepto de salud y de enfermedad. En la sociedad capitalista, por ejemplo, el concepto de enfermedad explícito está centrado en la biología individual, hecho que la desocializa. El concepto de enfermedad oculto, es decir, que subyace a la definición social de qué es la enfermedad, se refiere a la incapacidad para trabajar, lo que la ubica en su relación con la economía y, eventualmente, con la creación de la plusvalía y la posibilidad de acumulación capitalista.

* No son clases sociales en el sentido materialista histórico de la categoría, pero al construirse en función de la ocupación se acercan pues corresponden I y II a grupos empresariales y profesionales liberales y III, IV y V a trabajadores con grados decrecientes de calificación

Cuadro 4. Razón estándar de mortalidad* en hombres y mujeres casados de 15 a 64 años. Inglaterra y Gales, 1970-1972

<i>CAUSAS</i>	<i>Burguesía y capas medias altas</i>	<i>Obreros no calificados</i>
Cáncer	75	130
Enfermedades endócrinas, nutricionales y metabólicas	90	130
Enfermedades de la sangre y los órganos hematopoyéticos	65	110
Enfermedades mentales	70	250
Enfermedades del sistema nervioso	60	150
Enfermedades del sistema circulatorio	90	110
Enfermedades del sistema respiratorio	80	160
Enfermedades del sistema genitourinario	60	155
Enfermedades infecciosas y parasitarias	60	200
Accidentes, envenenamientos y violencia	80	200
Todas las causas	80	140

FUENTE: Office of Registrar General

Cuadro re trabajado de¹¹

* Por razones técnicas los datos están redondeados.

El hecho de que el concepto de enfermedad tenga un componente claramente ideológico no quiere decir que es falso sino que es parcial, esto es, que no deja ver más que una parte de la problemática. El carácter parcial, de esta manera, no permite impulsar el conocimiento más que en algunas áreas, mientras deja ocultas a otras.

¿Objeto empírico y objeto construido?

A pesar de que el carácter social del proceso salud-enfermedad parece ser un hecho incontrovertible, hay en la literatura científica observaciones contradictorias al respecto. Existe, así, una serie

de investigaciones empíricas cuyos resultados son aparentemente discrepantes.¹⁵ Generalmente se trata de estudios que intentan demostrar cómo algún factor social constituye un factor de riesgo de determinada enfermedad. Es decir, son estudios que, a partir de una conceptualización tradicional tanto de la enfermedad como de sus causas, suponen que lo social actúa como cualquier factor biológico. Al registrar que el factor “A” no siempre aparece correlacionado con la enfermedad “E”, se rechaza la importancia de lo social en la etiología de la enfermedad y se pone en entredicho el carácter social de la misma.

Cuadro 5. Razón estándar de mortalidad por “Clase Social”, en hombres de 15 a 64 Años. Inglaterra y Gales, 1921-1972

<i>Clase social</i>	<i>1921-23</i>	<i>1930-32</i>	<i>1949-53</i>	<i>1959-63</i>	<i>1970-72</i>
I	82	90	86	76	77
II	94	94	92	81	81
III	95	97	101	100	104
IV	101	102	104	103	113
V	125	111	118	143	137
Diferencia Entre I y V	43	21	32	64	60

FUENTE: R. Saracci, “Epidemiological Strategies and Environmental Factors”, *International Journal Epidemiology*, Vol. 7, Núm. 2, p.105, 1978.

Este problema nos remite al análisis de dos problemas fundamentales para la comprensión del carácter social del proceso salud-enfermedad: el objeto de estudio y la determinación. Con relación al primero, habría que aclarar qué objeto estudiar y cómo investigarlo para poder generar conocimiento con respecto al proceso salud-enfermedad en cuanto proceso social.

Esto nos remite al problema de qué entender por enfermedad. Si se analiza la literatura epidemiológica, donde se encuentran las investigaciones relevantes para nuestro tema, se observará que se manejan esencialmente dos conceptos de enfermedad que, incluso, en el fondo no son discrepantes. El primero es el concepto médico clínico, que entiende la enfermedad como un proceso biológico del individuo, y el segundo es el concepto ecológico, que ve a la enfermedad como el resultado del desequilibrio en la interacción entre el huésped y su ambiente. Este último concepto coincide con el primero, ya que una vez establecido el desequilibrio, la enfermedad se identifica igual que en el primer caso.

Con el objeto así definido, ¿qué tipo de conocimiento puede generarse? Nos parece claro que es una conceptualización que permite entender la enfermedad justo como proceso biológico, y en cuanto tal tiene validez. Si la finalidad es investigar el carácter social de la enfermedad, sin embargo, la enfermedad así definida no nos permite ahondar porque el proceso biológico estudiado en el individuo no revela de inmediato lo social. Hay necesidad, entonces, de ir más allá del objeto directo de la medicina clínica y de la epidemiología y construir un objeto que nos permita el estudio empírico del problema que nos hemos planteado investigar.

El primer elemento que habría que recoger es el hecho de que el carácter social del proceso salud-enfermedad se manifiesta empíricamente más claro en la colectividad que en el individuo (tal como lo hemos visto en la primera parte de este trabajo). Esto indica que nuestro objeto de estudio no se ubica a nivel del individuo sino del grupo. Sin embargo, no podría ser cualquier grupo sino uno construido en función de sus ca-

racterísticas sociales y sólo en segundo lugar las biológicas. Es así porque el grupo no adquiere relevancia por ser muchos individuos en vez de uno, sino en cuanto nos permite aprender la dimensión propiamente social de este conjunto de individuos que, así, dejan de ser entes biológicos yuxtapuestos.

Dado que no se trata de cualquier grupo sino uno construido en función de sus características sociales, es necesario partir de una teoría de lo social que nos proporcione los elementos teóricos para la construcción de los grupos. Esto resulta de suma importancia ya que, generalmente, los médicos y los epidemiólogos estudian los grupos tal y como se revelan espontáneamente a los ojos del investigador. Así eligen la población hospitalaria, los residentes de determinada zona habitacional, un grupo ocupacional, etcétera; esto da como resultado que todos los grupos sean circunstanciales o seleccionados arbitrariamente. Cabe señalar que el funcionalismo estructural en sociología tampoco resuelve el problema de definir grupos que tienen vida social propia y objetiva, ya que su sistema de estratificación social es de carácter esencialmente subjetivo.¹⁶ Las categorías sociales que mayor grado de objetividad ofrecen, y por lo tanto mayor posibilidad de predicción, son las del materialismo histórico.

Sin embargo, aunque el establecimiento de los grupos con base en criterios sociales objetivos y reproducibles es un paso necesario en la construcción del objeto científico, éste no serían los grupos como tales sino el proceso salud-enfermedad presente en ellos.

No obstante, este modo de conceptualizar el objeto requiere de aclaraciones complementarias. Habría que especificar qué se entiende por el

proceso salud-enfermedad de un grupo y cómo se relaciona con el proceso salud-enfermedad del individuo. Además, resulta necesario explicitar la relación entre lo biológico y lo social de este proceso y, finalmente, analizar el alcance de esta conceptualización con relación al problema de la determinación.

Por el proceso salud-enfermedad de la colectividad entendemos el modo específico como se da en el grupo el proceso biológico de desgaste y reproducción, destacando como momento particular la presencia de un funcionamiento biológico diferenciable con consecuencias para el desarrollo regular de las actividades cotidianas, esto es, la enfermedad. Así definido, el proceso salud-enfermedad se manifiesta empíricamente de distintas maneras. Por una parte, se expresa en indicadores como la expectativa de vida, las condiciones nutricionales y la constitución somática, y por la otra, en las maneras específicas de enfermar y morir, esto es, en el perfil patológico dado por la morbilidad o la mortalidad del grupo.

Surge de inmediato una pregunta, ¿por qué el proceso salud-enfermedad tiene carácter social, si está definido por los procesos biológicos del grupo? Pensamos que es así por dos razones parcialmente coincidentes. Por una parte, el proceso salud-enfermedad del grupo adquiere historicidad porque está socialmente determinado. Esto es, para explicarlo no bastan los hechos biológicos sino es necesario aclarar cómo está articulado en el proceso social. Pero el carácter social del proceso salud-enfermedad no se agota en su determinación social, ya que el proceso biológico humano mismo es social. Es social en la medida que no es posible fijar la normalidad biológica del hombre al margen del momento histórico. Esto se expresa, por ejemplo, en el hecho de que no es

posible determinar cuál es la duración normal del ciclo vital pues es distinto en diferentes épocas. Esto hace pensar que es posible establecer distintos patrones de desgaste-reproducción dependiendo de las características de la relación entre el hombre y la naturaleza. Si de esta manera la “normalidad” biológica se define en función de lo social, también la “anormalidad” lo hace (hecho que hemos demostrado en la primera parte de este trabajo). El carácter simultáneamente social y biológico del proceso salud-enfermedad no es contradictorio; únicamente señala que puede ser analizado con metodología social y biológica, dándose en la realidad como un proceso único.

La necesidad de construir el objeto de estudio, tal como hemos visto, se refiere a la posibilidad de verificar empíricamente el carácter social del proceso salud- enfermedad. Reconocido este hecho, habría que especificar qué alcance pueden tener las observaciones hechas de este objeto. Es claro que este modo de abordar el estudio del proceso salud-enfermedad nos permite describir las condiciones de salud de un grupo articuladas con las condiciones sociales de éste. Es de por sí un avance que tiene implicaciones directas para la práctica sanitaria dado que visualiza de modo distinto la problemática que se origina con una descripción biológica de las condiciones de salud.

No obstante, la posibilidad de investigar el carácter social del proceso salud- enfermedad a través del objeto construido no se agota en la descripción distinta sino apunta más allá. El estudio del patrón de desgaste y del tipo de patología, así como su distribución en los grupos definidos por sus características sociales, también plantea la posibilidad de generar conocimiento con respecto a la determinación de estos procesos, esto es, explicarlos.

Esto nos lleva a esclarecer cómo se relacionan lo observado en el estudio del objeto construido –“proceso de salud-enfermedad colectiva”– y las conclusiones respecto a sus características con el proceso salud-enfermedad estudiado en el individuo. Cabe señalar, primero, que una vez construido nuestro objeto a través de la selección del grupo con base en sus características sociales, el estudio concreto se realiza en los individuos que lo componen, pero la interpretación de los datos no se da en función de cada caso sino del conjunto. Es decir, la construcción del grupo significa contemplarlo en su carácter propiamente social, esto es, por el modo como se relaciona con el resto de los grupos en el proceso de trabajo de la sociedad. La investigación del patrón de desgaste y del perfil patológico se tiene que realizar con relación a los organismos de los miembros del grupo, buscando no la singularidad de cada caso individual (como lo hace la medicina clínica) sino establecer lo común que caracteriza al grupo.

La relación entre el proceso salud-enfermedad colectiva y el del individuo, entonces, está dada porque el proceso salud-enfermedad colectiva determina las características básicas sobre las cuales gravita la variación biológica individual.* Esto visto desde el paciente significa que su historia social asume importancia por condicionar su biología y porque determina cierta probabilidad de que enferme de un modo particular; pero como sabemos la probabilidad no se cumple en el individuo más que como presencia o ausencia del fenómeno. Es por esto que el análisis del caso clínico tiene su especificidad propia, ya que *a priori* puede enfermarse de cualquier cosa que para su tratamiento tiene que ser correctamente diagnosticada.

* Así, la medicina clínica y la epidemiología abordan conscientemente el problema de modo distinto, ya que aquella tiene por finalidad profundizar en la enfermedad individual, mientras que ésta pretende avanzar hacia la comprensión de los procesos colectivos.

Acerca de la determinación

Asimismo, el estudio del proceso salud-enfermedad colectivo centra la comprensión del problema de la causalidad de manera distinta, ya que al preocuparse por el modo como el proceso biológico se da en la sociedad, necesariamente recupera la unidad entre “la enfermedad” y “la salud” dicotomizada en el pensamiento médico clínico. Ocurre así porque visto como un proceso de la colectividad lo preponderante es el modo biológico de vivir en sociedad que determina, a su vez, los trastornos biológicos característicos, esto es, la enfermedad. Esta, así, no aparece divorciada de aquél, sino que se dan como momentos de un mismo proceso pero diferenciables.

Esta reformulación de la naturaleza de la enfermedad, que la recupera como parte del proceso biológico global, demuestra las limitaciones de los modelos de causalidad que subyacen en el pensamiento médico dominante. Resulta insostenible explicar la enfermedad como el efecto de la actuación de un agente como se pretende hacer con el modelo monocausal, pero también la multicausalidad tal como ha sido formulada por McMahon,¹⁷ y aun Cassel,¹⁸ tiene serias limitaciones para proporcionar una explicación de la enfermedad tal como la hemos definido.

La insuficiencia del modelo monocausal para dar cuenta del porqué de la presentación de la enfermedad, aun definida de manera tradicional, es de sobra conocida. Sin embargo, el modelo multicausal tampoco logra dar una respuesta satisfactoria a los problemas planteados. Las razones de este fracaso son de distinto orden. La más profunda, quizá, está dada por su conceptualización declaradamente agnóstica¹⁹ que plantea una paradoja: proponerse explicar partiendo de la suposición de que es imposible conocer la esencia de las cosas.

La limitación más inmediata del modelo multicausal, sin embargo, reside en su reducción de la realidad compleja a una serie de factores, que no se distinguen en calidad y cuyo peso en la generación de la enfermedad está dado por su distancia de ella. Así conceptuada la causalidad, lo social y lo biológico no se plantean como instancias distintas, ya que ambos son reducidos a “factores de riesgo” que actúan de una manera igual.

Dentro de la corriente norteamericana de la epidemiología social, Cassel²⁰ es quien más conscientemente se ha planteado la integración de lo social en el complejo causal de la enfermedad dándole especificidad propia. Este autor ubica dos problemas fundamentales al establecer que lo social no actúa como un agente bio-físico químico en la generación de la enfermedad y, por lo tanto, no tiene especificidad etiológica ni obedece a la mecánica de dosis-respuesta. De allí se desprende, según Cassel, la necesidad de no investigar los aspectos sociales de la causalidad de la enfermedad en función de un conjunto de patologías. Sin embargo, al llegar a una proposición concreta, presenta el “stress” como la mediación única entre lo social y lo biológico.

A pesar de que Cassel identifica algunos de los problemas fundamentales que se tienen que tomar en cuenta para la comprensión de la articulación del proceso salud-enfermedad en el proceso social, termina por biologizar a la sociedad ya que lo califica por sus efectos biológicos y no por sus características propias. De esta manera, a pesar de que su punto de partida es la especificidad de lo social, no logra desarrollar su proposición fundamental por carecer de una formulación teórica acerca de lo social.

Las grandes limitaciones de las explicaciones causales en boga plantean la necesidad de bus-

car una nueva formulación del problema de la causalidad o, planteado de modo más amplio, de la determinación del proceso salud-enfermedad. Hasta ahora Breilh²¹ y Tambellini,²² entre otros, han adelantado ideas interesantes al respecto. Siguiendo la línea de pensamiento de estos autores y del presente trabajo, una proposición acerca de la interpretación de la determinación del proceso salud-enfermedad tiene que contemplar la unidad de éste, tal como lo hemos expuesto anteriormente, y su carácter doble, biológico y social. Esto significa reconocer la especificidad de cada uno y al mismo tiempo analizar la relación que guardan entre sí, lo que implica encontrar las formulaciones teóricas y las categorías que nos permitan abordar su estudio científicamente. Puede parecer un señalamiento superfluo, pero el rigor científico de muchos investigadores médicos no se extiende al campo social y tratan de que su estudio no requiera de más herramientas que el sentido común.

La evidencia empírica, tal como hemos expuesto, nos permite demostrar que existe una relación entre el proceso social y el proceso salud-enfermedad. Sin embargo, esta observación no resuelve por sí misma el carácter de esta relación, ya que tenemos por un lado el proceso social y, por el otro, el proceso biológico, sin que esté inmediatamente visible cómo el uno se transforma en el otro ya que, para así decirlo, nos enfrentamos a una “caja negra” en la cual lo social entra de un lado y lo biológico sale del otro, sin que se sepa que ocurre dentro de ella. Este es tal vez el problema más candente para la explicación causal social del proceso salud-enfermedad.

Este problema no está resuelto, pero la reflexión acerca del carácter del proceso salud enfermedad abre algunos caminos que explorar. El hecho de haber precisado que el proceso salud-enfermedad tiene carácter histórico en sí mismo, y no solamen-

te porque está socialmente determinado, nos permite plantear que el vínculo, por así decirlo, entre el proceso social y el proceso salud-enfermedad biológico está dado por procesos particulares, que son al mismo tiempo sociales y biológicos. Por ejemplo, el modo concreto de trabajar, cuyo carácter social es evidente, es al mismo tiempo biológico, ya que implica determinada actividad neuro-muscular, metabólica, etc. Otro ejemplo podría ser el comer, ya que cómo y qué se come son hechos sociales que tienen su contraparte biológica. Este modo de entender la relación entre el proceso social y el proceso salud-enfermedad apunta, por un lado, al hecho de que lo social tiene una jerarquía distinta que lo biológico en la determinación del proceso salud-enfermedad y, por el otro, se opone a la concepción de que lo social únicamente desencadena procesos biológicos inmutables y ahistóricos, y permite explicar el carácter social del proceso biológico mismo. Así, esta conceptualización nos permite comprender cómo cada formación social crea determinado patrón de desgaste y reproducción y sugiere un modo concreto de desarrollar la investigación al respecto.

La segunda vertiente problemática que es necesario abordar se refiere a cómo explicar la generación del momento del proceso salud-enfermedad que hemos definido como enfermedad. Por lo pronto, vamos a dejar de lado los aspectos obviamente sociales (o sea, lo que se refiere al aspecto ideológico de la enfermedad y las circunstancias sociales que hacen que determinado proceso biológico interfiera con las actividades cotidianas), para centrarnos en el proceso biológico material. En primer lugar, es claro que el propio patrón social de desgaste y reproducción biológico determina el marco dentro del cual la enfermedad se genera. Es en este contexto que habría que recuperar la no especificidad etiológica de lo social,

e incluso del patrón de desgaste y reproducción biológico respecto a la enfermedad, ya que no se expresan en entidades patológicas específicas sino en lo que hemos llamado el perfil patológico, que es una gama amplia de padecimientos específicos más o menos bien definidos. Aparte de la relación entre el patrón de desgaste-reproducción y la enfermedad en la cual la determinación social se manifiesta claramente, parece necesario postular otros mecanismos de transformación de lo social en biológico. La pregunta clave para dilucidar este problema, a nuestro parecer, se refiere al carácter general o particular de estos mecanismos, porque si son particulares, sólo el estudio de los casos particulares puede revelar cuáles son.

Para que los señalamientos anteriores asuman su pleno significado, hay que explicitar de otra manera cómo conceptualizamos el proceso salud-enfermedad y su articulación con el proceso social. En términos muy generales, el proceso salud- enfermedad está determinado por el modo como el hombre se apropia de la naturaleza en un momento dado,²³ apropiación que se realiza por medio del proceso de trabajo basado en determinado desarrollo de las fuerzas productivas y las relaciones sociales de producción. A nuestro parecer las categorías sociales, tomadas del materialismo histórico, que nos permiten desarrollar esta proposición general y profundizar y enriquecer la comprensión de la problemática de la esencia del

proceso salud- enfermedad y su determinación, son la clase social tal como lo propone Breilh²⁴ y proceso de trabajo, por razones que he desarrollado en otro trabajo.²⁵ Sin embargo, parece claro que el futuro desarrollo en este campo depende de las posibilidades de emprender una investigación concreta para poder alimentar y corregir el desarrollo teórico, ya que muchos de los problemas candentes no pueden resolverse más que a través de la práctica de investigación.

En la introducción de este trabajo se señala la necesidad de avanzar de una posición de crítica a la explicación biológica de la enfermedad hacia la construcción de una interpretación distinta del proceso salud-enfermedad que, teniendo como eje su carácter social, puede impulsar la generación de un nuevo conocimiento respecto a éste. La importancia de esto no sólo reside en que puede añadir algunos elementos novedosos, sino porque ofrece la posibilidad de abordar toda la problemática de la salud desde un ángulo distinto, ya que la aborda como fenómeno colectivo y como hecho social. Este enfoque tiene implicaciones profundas para la práctica, ya que la medicina hospitalaria poco tiene que ver con el proceso salud-enfermedad en la sociedad. Una nueva práctica, sin embargo, no depende sólo de una interpretación del proceso salud-enfermedad sino de que descansa sobre bases sociales que la puede impulsar y sostener.

NOTAS

1. A.C. Laurell, "Proceso de trabajo y salud", Cuadernos Políticos. Núm. 17, pp. 69-71, 1978.
2. J. Illich, *Némesis Médica*, Barral Editores, Barcelona, pp. 13-34, 1975.
3. World Health Statistics Annual 1972, OMS, pp. 186-197, Ginebra, 1975,

4. Op. cit., pp. 102-113.
5. "Clasificación internacional de la enfermedad", OMS, Ginebra, 1965,
6. J. Eyer y P. Sterling, "Stress - related mortality and social organization", URPE Vol. 9, Núm. 1, pp. 2-5, 1977.

7. World Health Statistics Annual, op, cit., pp. 107-111.
8. B.D. Fallis, Mc Graw-Hill, London, pp. 108 y 397, 1964.
9. H. Behm, Socio Economic Determinants of Mortality in Latin America, Mimeografiado. Ponencia presentada en la reunión de la ONU/OMS sobre "Economic and Social Determinants of Mortality and its Consequences", ciudad de México, 1979.
10. A. Celis y Y. Nava, "La Patología de la Pobreza", Revista Médica del Hospital General, Núm. 33, pp. 120 y 124, 1970.
11. J. Fox, "Occupational Mortality 1970-1972", Population Trends, Núm. 9, p. 12, 1977.
12. R. Saracci, "Epidemiological Strategies and Environmental Factors", Inter. Jour. Epidemiology, Vol. 7, Núm. 2, p. 105, 1978.
13. H. Hatzfeld, La crisis de la medicina liberal, Ariel, Barcelona, p. 77, 1965.
14. L. Conti, "Estructura social y medicina", en Medicina y Sociedad, Ed. Fontanella, Barcelona, pp. 287-310, 1972.
15. J. Cassel, "Psychosocial processes and stress: a theoretical formulation", Inter. Jour Health Services, vol. 4, 1974.
16. A. Cueva, La teoría marxista de las clases sociales, FCPS, UNAM, 1975.
17. B. MacMahon, T.F., Principios y métodos de epidemiología, La Prensa Médica Mexicana, México, pp. 15-21, 1975.
18. Cassel, op. cit.
19. J. Breilh, Epidemiología: economía, medicina y política, Universidad Central, Quito, pp. 126-132, 1979.
20. Cassel, op. cit.
21. Breilh, op. cit., pp. 169-233.
22. A. Tambellini Arouca, Contricuição a análise epidemiológico deos accidentes de transito, Tesis de doctorado, Campinas, pp. 49-61, 1975.
23. A.C. Laurell, "Algunos problemas teóricos y conceptuales de la epidemiología social", Revista Centro- americana de Ciencias de la Salud, Vol. 3, Núm. 6, 1977.
24. Breilh, op. cit.
25. A.C. Laurell, "Proceso de trabajo y salud", op. cit.

Sobre mentiras y estadísticas de salud en América Latina*

José Carlos Escudero

En América Latina, los nuevos “métodos indirectos” de demografía están revelando que los niveles de mortalidad —especialmente la infantil— son apreciablemente superiores a las estadísticas oficiales publicadas por los países (recogidas por los anuarios internacionales de estadísticas sanitarias). Por otro lado, en América Latina, la insuficiente cobertura de los sistemas de atención médica genera unas estadísticas de mortalidad que, generosamente subestiman a la mortalidad. Un análisis histórico de las estadísticas de salud de la América Latina capitalista revela que éstas experimentaron una gran expansión a raíz de la Alianza para el Progreso y los sistemas de planificación sanitaria que ésta propiciaba. El fracaso de la Alianza, la creciente crisis económico-política de la América Latina capitalista, y la aparición, en muchos países de regímenes políticos “de excepción”; para los cuales la salud deja de ser motivo de interés, son un síntoma de que la calidad y cobertura de sus estadísticas sanitarias están en vías de deterioro. Se sugieren algunas medidas para combatir parcialmente este deterioro.

I. Introducción

Todo epidemiólogo latinoamericano conoce las publicaciones internacionales de referencia sobre la situación demográfica y sanitaria del mundo. Volúmenes tales como el Anuario Demográfico de las Naciones Unidas¹ y el Anuario de Estadísticas Sanitarias de la Organización Mundial de la Salud² proporcionan información con cobertura mundial casi total sobre población, natalidad, mortalidad, otros fenómenos demográficos

y sobre estadísticas de enfermedades, recursos y servicios para la salud. Otras publicaciones periódicas de la Organización Mundial de la Salud^{3,4,5} difunden datos generales sobre morbilidad u mortalidad y trabajos analíticos sobre enfermedades específicas, también con cobertura mundial. De esta forma, los epidemiólogos que analizan la situación sanitaria de los diferentes países, y los que deseen efectuar comparaciones internacionales, disponen, en teoría, de un enorme volumen de datos a los cuales pueden aplicar métodos epidemiológicos bien probados en el tiempo, ya que han variado relativamente poco en las últimas décadas. Por otro lado, estos mismos datos son recogidos por las publicaciones internacionales que

*Publicado originalmente: Escudero, J.C. (1981). Sobre mentiras y estadísticas de salud en América Latina. En *Revista Latinoamericana de Salud*, 1, 105-118.

intentan describir la situación de salud en América Latina y evaluar las tendencias de la salud de nuestros pueblos en función de las políticas sanitarias aplicadas.⁶

Sin embargo, existe un gran inconveniente en este panorama beatífico: gran parte de los datos mencionados son falsos, en el sentido de que arrojan una imagen equivocada de la realidad, y, en casi todos los casos, esta equivocación actúa en el sentido de subestimar los problemas sanitarios que enferman y matan actualmente a decenas de millones de seres humanos en nuestro continente y en el mundo. Los organismos de las Naciones Unidas que publican las estadísticas demográficas y sanitarias que han recibido de los países miembros se encuentran en una posición difícil: presionados por el deseo de que la cobertura de sus publicaciones sea la mayor posible, y renuentes a impugnar la calidad de datos que son reportados por los organismos estadísticos de los países (y que sus gobiernos avalan como ciertos), se limitan a publicar la información recibida con una serie de notas generales de calidad y de comentarios a pie de página. El objetivo de la presentación que sigue es apuntar la posibilidad de que el problema de la mala información sobre salud en América Latina trasciende con mucho este tratamiento “tecnocrático” de una información estadística errónea, y que existen condiciones estructurales en nuestro continente que hacen suponer que el problema de los datos falsos sobre demografía y salud va en camino de empeorar en los próximos años. Se utilizará el concepto de “estadísticas oficiales” -por su origen y por el uso que se hace de ellas- para describir esta información que difunden las publicaciones internacionales, y que está avalada por los países que les dan origen, y se la contrapondrá a estadísticas procedentes de otras fuentes, que son muchas veces el resultado de procedimientos de medición más modernos y

con toda verosimilitud más correctos, y que arrojan una visión en muchos casos diferente -a veces con una diferencia dramática- acerca de la salud de los pueblos de América Latina.

II. Subestimación de la mortalidad

En los últimos años, se ha observado un gran avance en la medición de la mortalidad y la fecundidad. A partir del desarrollo de los llamados “métodos indirectos” de medición de estas características demográficas^{7,8,9} se ha configurado lo que se calificó como una “revolución silenciosa” en demografía,¹⁰ que ha llevado a una revalorización de los censos de población y las encuestas probabilísticas como armas de conocimiento demográfico, y ,paralelamente, a una relativa pérdida de fe en la información acerca de fecundidad y mortalidad que tradicionalmente presentan las estadísticas vitales. Como se ha hecho notar “una porción importante de las muertes que ocurren cada año en numerosos países en vías de desarrollo ni siquiera es registrada”, y en estos países “el Registro Civil es, con pocas excepciones, una fuente poco confiable, e insuficiente para el estudio de la mortalidad. La cobertura geográfica no es completa, el grado de omisión considerable y diferencial” .¹⁰

El uso de estos métodos indirectos en encuestas probabilísticas de población¹¹ y en los censos de población¹² permiten determinar niveles de mortalidad y fecundidad que para muchos países son sustancialmente diferentes a los que aparecen en las publicaciones internacionales de referencia ya citadas, cuyo origen son las estadísticas vitales, y que en el caso de la mortalidad suelen ser muy superiores a los datos “oficiales”.

No es tema de este trabajo comentar la situación con respecto a fecundidad, pero referido a mor-

talidad, puede observarse que en muchos casos la brecha existente entre las estadísticas vitales “oficiales” de mortalidad de los países miembros de las Naciones Unidas (publicados como tales en los anuarios) y una cuantificación alternativa (que podemos considerar como más correcta), es grande. Unos ejemplos de lo que sucede en América Latina, señalados por recientes trabajos de Hugo Behm y colaboradores en el CELADE de Costa Rica pueden ser ilustrativos al respecto. (ver cuadro 1).

¿A qué se debe esta tremenda discrepancia entre datos provenientes de las estadísticas vitales, y estimaciones como las señaladas? Una explicación inmediata en el caso de la tasa de mortalidad infantil está dada por el subregistro de defunciones de menores de un año, y de nacimientos que, respectivamente, corresponden al numerador y al denominador de la tasa. Ahora bien, el subregistro de muertes es mucho mayor que el de nacimientos;¹³ una muerte no registrada en el momento que ocurre, probablemente no lo será nunca más; un nacimiento puede registrarse indefinidamente, y casi siempre termina siéndolo en algún momento posterior.

Unos ejemplos de México pueden ilustrar estos mecanismos: en 1974, sólo el 63% de los nacimientos registrados habían ocurrido ese año, el 17% habían ocurrido en 1973, el 3% en 1972, el 2% en 1971 y el 16% en 1970 o antes.¹⁴ Este fenómeno ha sido descrito como un factor de “inflación” del número de nacimientos que ocurren.¹⁵ Súmanse a esto las campañas especiales de inscripción masiva de nacimientos, como la de la “familia mexicana”, donde suele existir un estímulo económico para registrar estos hechos vitales¹⁴, la circunstancia de que, ante la carencia de un mecanismo de control, puede suceder que un solo hecho vital se registre en dos o más estados.¹⁵

El trabajo citado anteriormente, sobre Honduras¹¹ ilustra sobre el efecto final de lo que se ha referido en las tasas de mortalidad de un país. El estudio comienza diciendo que “como la mayoría de los países que están en una etapa de incipiente desarrollo, los registros de hechos vitales de Honduras presentan omisiones de importancia”. Corresponde preguntarse aquí si el incipiente desarrollo de Honduras, y de muchos otros países similares, marcha hacia un desarrollo mayor o una estructuración permanente de su “incipiencia”. De cualquier forma, los datos son muy ilustrativos.

Volviendo a México, pese a que este país tiene un desarrollo de sus estadísticas vitales mayor que el de la mayoría de América Latina, se ha hecho notar que la mortalidad infantil, anunciada oficialmente como de 68.5 por mil en 1970,¹⁶ puede ascender en realidad a 101 por mil.¹⁷ Un estudio efectuado recientemente en un municipio del Estado de Morelos reveló que la tasa de mortalidad infantil, según las Estadísticas Vitales de 9 por mil, ascendía a 78.3 por mil mediante una encuesta directa, y a 76.0 por mil, mediante el método de Brass-Sullivan¹⁸

III. Causalidad de muerte errónea. La desnutrición

No solamente los niveles de mortalidad en América Latina se encuentran muy subestimados por las estadísticas vitales vigentes, sino que también debe plantearse un sesgo cualitativo en asignación de la causa de muerte, que viene a sumarse al sesgo cuantitativo dado por el subregistro.

A principios de los 70 se efectuó un estudio que obtuvo información muy precisa sobre las causas de la mortalidad de niños menores de cinco años en América Latina.¹⁹ Se vio que las causas de mu-

Cuadro 1. Comparación entre tasas de mortalidad infantil proporcionada por estadísticas vitales “Oficiales” y por otros métodos de medición.
Países de América Latina - varios años

<i>País</i>	<i>Periodo</i>	<i>Tasa de mortalidad infantil por estadísticas “oficiales”</i>			<i>Tasa de mortalidad infantil medida por otros métodos</i>
		<i>(a)</i>	<i>(b)</i>	<i>(c)</i>	<i>(a)</i>
Honduras	1970-1971	36			115 (c)
Nicaragua	1966-1967	43			126 (c)
Perú	1965	74			153 (c)
El Salvador	1966-1967	63			118 (c)
Rep. Dominicana	1969	62			110 (c)
Colombia	1968-1969	70			100 (c)
Paraguay	1967-1968	44			64 (c)
Guatemala	1968-1969	92			110 (c)
Ecuador	1969-1970	81			104 (c)
Costa Rica	1968-1969	65			70 (c)
Cuba	1970	36			38 (d)
Argentina	1966	54			54 (d)
Chile	1970	79			79 (d)
Bolivia	1971-1972	--			161 (d)

(a) Muertes infantiles por mil nacidos vivos.

(b) FUENTE: Datos del “Demographic Yearbook” para el período correspondiente.

(c) FUENTE: Hugo Behm y colaboradores. *Mortalidad en los primeros años de vida en los países de América Latina*, -CELADE-, Serie A, No. 1024 a 1032, 1976-1977.

(d) FUENTE: Hugo Behm y Olinto Rueda: *Colombia 1968-1969*, -CELADE-, Serie A, No. 1032, septiembre de 1977.

Cuadro 2. Subregistro de defunciones en Honduras 1970- 1972

<i>Tasas</i>	<i>Tasa por E. Vitales</i>	<i>Tasa por Encuesta</i>	<i>Porcentaje de Subregistro</i>
De mortalidad general (por mil habitantes)	8.0	14.2	44
De mortalidad infantil (por mil nacidos vivos)	36.5	115.0	69
De mortalidad de 1 a 4 años (por mil habitantes)	9.6	19.3	50

FUENTE: Modificado de "Datos de la encuesta demográfica nacional de Honduras" (EDENH) -CELADE- San José de Costa Rica.

chas de estas muerte -el 34% del total-, que las estadísticas "oficiales" asignaban en casi todos los casos a una enfermedad infecciosa o parasitaria, en realidad se debían a la desnutrición que interactuaba con un agente patógeno cualquiera, pero que el sistema de selección de "causa básica de muerte" de la 8a. revisión de la Clasificación internacional de enfermedades ²⁰ asignaba a esta última, excluyendo a la desnutrición.^{21 y 22} Los autores del estudio sugirieron que una solución a este problema consistía en la "Codificación de causas múltiples de muerte", y se efectuaron algunos trabajos en este sentido, ^{23 y 24} pero debido a su alto costo no es ésta una solución que pueda generalizarse.

Lo que resulta evidente es que el prejuicio organicista y la ideología unicausal que presiden la práctica médica en América Latina (y que se reflejan en las estadísticas vigentes), llevan a una tremenda subestimación de la desnutrición como causa de muerte en América Latina y el mundo, ^{21, 22, 25 y 26} y que la situación no tiene visas de mejorar, ya que la 9a. revisión de la Clasificación internacional de enfermedades, que acaba de po-

nerse en uso, y que regirá en los próximos diez años, presenta los mismos criterios para seleccionar la "causa básica de muerte" en este rubro que la 8a. revisión.

IV. Subestimación de la morbilidad

Las estadísticas de morbilidad que aparecen en los anuarios internacionales ya mencionados y en las publicaciones similares a nivel nacional²⁷ no son en realidad estadísticas de enfermos, sino estadísticas de habitantes (enfermos o no) que son además clientes atendidos por uno u otro sistema de atención médica: el dato estadístico del registro de morbilidad puede solamente generarse como efecto del hecho de haber recibido atención médica. Ahora bien, en países como los latinoamericanos (exceptuando a Cuba), enormes proporciones de la población se encuentran al margen de los sistemas de atención médica. En México se estima que de 15 a 20 millones de personas ^{15 y 28} carecen de estos servicios; en América Latina, el 37 % de la población no recibe atención médica de ninguna especie.²⁹

Entonces, resulta evidente que estas “estadísticas de clientes” no tienen nada que ver con una real “estadística de enfermos”. Con respecto a las estadísticas generadas por los sistemas de atención médica de América Latina, su principal problema es la dificultad futura, en función de la crisis económico-política imperente, de que sus servicios, y por consiguiente sus datos, sólo cubren a una fracción afortunada en la población de un país.

Es muy improbable que los anunciados programas de “extensión de cobertura” remedien esta situación, ya que existen serias dudas sobre la posibilidad de que, efectivamente, pueden cumplir sus metas de cobertura de población, y que el personal que se pretende formar para atenderlos no está en condiciones de registrar más que unos pocos datos elementales sobre características demográficas y de morbilidad.

En el caso de la desnutrición, enfermedad de alta prevalencia en América Latina, existe un sesgo metodológico, por parte de los médicos, que presuntamente le diagnosticarían en los servicios de salud, relacionado con lo que acaba de mencionarse acerca del sesgo de la Clasificación internacional de enfermedades: los médicos tienden a “no ver” la desnutrición al igual que la clasificación “no la ve”, al no asignarle papel causal en las muertes. Un médico que observa a un diarreico desnutrido es probable que registre el primer término y no el segundo, inclusive extendiéndose en consideraciones acerca de la etiología microbiana de la diarrea.³⁰ Esto está vinculado a las formas de la educación médica en América Latina, que soslaya las enfermedades con un fuerte componente social, y que no es del caso analizar aquí, pero que tiene importancia para la legitimación del sistema político vigente, ya que un énfasis en la causa microbiana de las enfermedades lleva a

proponer soluciones “técnicas”: atención médica, alcantarillado, medicamentos, hospitales; mientras que un énfasis en la mala alimentación de las víctimas implica una crítica mucho más general y estructural, a sociedades que permiten que esto suceda mientras exportan alimentos a las metrópolis capitalistas.³¹

Escapa del objetivo de este trabajo discutir los diferentes métodos que pueden usarse para medir la subnotificación de enfermedades en los países latinoamericanos. Un procedimiento elemental consiste en comparar el número de muertes causadas por ciertas enfermedades cuya letalidad se conoce aproximadamente (pese a las limitaciones ya reseñadas en el registro de la mortalidad), con los casos notificados de estas enfermedades. De esta forma, 10 000 muertes de una enfermedad con una letalidad del 20% sugerirían la existencia de 50 000 casos que deberían haber sido notificados, y la diferencia entre esta cifra teórica con el número de casos que se notificaron realmente daría la magnitud de la subnotificación.

Son ilustrativos unos estudios recientes efectuados en México con esta metodología sobre varias enfermedades.

Por último, un estudio de consistencia interna de datos provenientes de diversas fuentes revela el notable grado de subnotificación de la morbilidad en América Latina; por ejemplo, entre 1967 y 1974, en México hubo 14 725 muertes por tétanos, y solamente 5522 casos notificados.³² Repetimos que ambos mecanismos subestiman la realidad: en México hubo muchos más muertos y muchos más enfermos de tétanos que lo que indican ambas cifras.

Cuadro 3. Estimación de porcentaje de omisión en el caso del sarampión, México, 1971-1974

<i>Año</i>	<i>No. de Defunciones</i>	<i>No. de Casos Registrados</i>	<i>No. de Casos Estimados(*)</i>	<i>OMISIÓN</i>	
				<i>No. de Casos</i>	<i>Porcentaje</i>
1971	7.107	35.400	98.299	62.899	64
1972	11.504	59.164	159.115	99.951	63
1973	2.609	17.967	36.086	18.119	50
1974	.997	2.325	6.182	3.857	62

* Estimación basada en una letalidad promedio de 7.23%, en base a 10 brotes epidémicos reportados en 1975-1976.

FUENTE: Pedro Crevenna, *Evaluación de nuestros sistemas de información en salud: mortalidad*, México, mimeo, 1978.

V. Lo que subyace: crisis en las estadísticas vitales y de salud

Las estadísticas vitales y de salud en América Latina, llevan la marca de la ideología desarrollista que, hasta ahora, ha sido la dominante en nuestros países, y cuya crisis las ha golpeado duramente. Implícita en la concepción ahistórica que el desarrollismo hace de la realidad, se encuentra -entre muchas otras cosas-, un optimismo acerca de mejoramientos incrementales de la información y un criterio puramente cuantitativo -de indicadores que su propia ideología considera deseables. A la adopción indiscriminada de normas, procedimientos y equipos de procesamiento generados en los países que nos dominan -o en los organismos internacionales que les sirven de eco- se adosó el criterio de aplicarlos a ultranza mediante un uso de recursos que automáticamente iban a asegurar su eficiencia. Por una parte, nunca se analizó la naturaleza estructural de la situación de América Latina que generó la “necesidad” de

disponer de estos sistemas estadísticos, y no de otros; y por el otro, no se consideró que los problemas estructurales de nuestro continente iban a volver su aplicación dificultosa y, en muchos casos, imposible.

En 1950, los sistemas de información en salud de América Latina diferían poco de los que nuestros países habían establecido durante su organización nacional. Se efectuaban censos de población con periodicidad cada vez más frecuente; las leyes de registro civil, en general copias de las napoleónicas y decretadas a fines del siglo XIX, aseguraban un registro limitado de hechos vitales; y una gradual expansión de los servicios de atención médica -reforzados por campañas “verticales”, como la antimalárica- proporcionaban una creciente cantidad de información sobre morbilidad. Hacia 1955 comenzaron a hacerse sentir los efectos de organismos técnicos internacionales, fundamentalmente la oficina de estadística de las Naciones Unidas en Nueva York, que comenzó

Cuadro 4. Estimación del número de casos y porcentaje de omisión por tifoidea, tosferina y poliomielitis, México, 1972

<i>Padecimiento</i>	<i>No. de Defunciones</i>	<i>No. de Casos Registrados</i>	<i>No. de Casos Estimados(*)</i>	<i>OMISIÓN</i>	
				<i>No. de Casos</i>	<i>Porcentaje</i>
Tifoidea	3 207	5 748	128 280	122 523	95.5
Tosferina	1 466	10 058	16 288	6 230	38.2
Poliomielitis	161	269	2 683	2 414	89.9

* La letalidad promedio para tifoidea se estimó en 2.5%; tosferina 9% y poliomielitis 6%.

FUENTE: Pedro Crevenna, *Evaluación de nuestros sistemas de información en Salud: mortalidad*, México, mimeo, 1978.

a editar y difundir sus manuales de métodos, y a distribuir becas de capacitación para técnicos en estadísticas, en instituciones académicas de América Latina, Estados Unidos y Europa, tarea a la que, al principio de la década de los sesenta, se sumó la Organización Panamericana de la Salud.

En ese momento, las limitaciones de las estadísticas vitales y de salud, en América Latina, eran de recursos, pero también de naturaleza estructural: pobreza, ignorancia, “marginación” y falta de uso de la información, por parte del Estado. Al describir lo que viene a continuación, debe hacerse notar que aunque los recursos destinados a los sistemas aumentaron de forma importante a partir de cierto momento, estos problemas estructurales permanecieron intactos. De esta forma los sistemas de estadísticas de salud, “modernizados” a fuerza de una gran inversión de recursos, solamente mejoraron en cuestiones de detalle, y quedó claro que fueron -y son- estos problemas estructurales los que, en último grado limitan la eficacia de las estadísticas. El ejemplo de Cuba, a partir de 1959, que se mencionará más adelante, lleva a pensar que solamente un país que ha

llevado a cabo una revolución socialista puede, al nivel latinoamericano de desarrollo de las fuerzas productivas (los países capitalistas centrales plantean una problemática que no se discutirá aquí), disponer de unas estadísticas vitales y de salud de alta cobertura, calidad y eficiencia.

A fines de los 50 comenzaron a advertirse los resquebrajamientos del proyecto cepaliano, y triunfó la revolución cubana. Indirectamente, esto tuvo una influencia fundamental en la organización que se propuso para el sector salud en la América Latina capitalista, y, por consiguiente, para sus estadísticas vitales y de salud, a través de la Alianza para el Progreso y sus consecuencias.³³

La Alianza para el Progreso fue la “respuesta suave” inicial con que el imperialismo enfrentó a la revolución cubana, su éxito y su ejemplo. (Las “respuestas duras” comenzaron en Playa Girón y, en los últimos años se han intensificado en toda América Latina).

“Un movimiento de alcance hemisférico se puso en funcionamiento al final de los cin-

cuenta para unir esfuerzos para la producción conjunta del desarrollo, y la búsqueda conjunta de soluciones a problemas comunes. Este movimiento culminó en las decisiones y los compromisos hechos por los gobiernos en Punta del Este en 1961. La importancia de Punta del Este para la planificación en salud es que fue allí que se tomó la decisión de incorporar los sectores sociales -particularmente la salud- a la planificación para el desarrollo”.³⁴

El Sistema de Planificación en Salud elegido -el CENDES, desarrollado en la Universidad Central de Venezuela- requería un impresionante volumen de datos, muy superior al que, en ese momento (1962-1963), podrían ofrecer los sistemas de estadística de salud vigentes en América Latina: datos sobre estructuras de morbilidad en consulta externa e internación, sobre mortalidad, un inventario de recursos, determinación de costos de instrumentos, tareas y técnicas, cálculo de costos unitarios, etc. Casi 300 profesionales latinoamericanos recibieron entrenamiento en el método CENDES, y un número similar de médicos, estadísticos matemáticos, demógrafos y actuarios comenzó a recibir estudios de estadísticas en las escuelas de salubridad de Chile y Puerto Rico, en centros como el CIENES en Chile, CELADE en Chile y Costa Rica y en universidades norteamericanas, en especial Columbia, mientras que miles de técnicos en muchos países recibieron un “curso intermedio” de estadísticas de un año de duración. Argentina fue un ejemplo extremo de esta expansión del sistema de estadísticas de salud, básicamente para alimentar al sistema CENDES: en cinco años, el país capacitó a 30 profesionales universitarios, 350 técnicos y 1 500 auxiliares en estadística, mientras que el programa nacional de estadísticas de salud modernizaba, a alto costo, las estadísticas vitales y sanitarias del país.

Otro fenómeno para la expansión de los sistemas de información relativamente independiente de lo sucedido dentro de América Latina, se puso en evidencia en esas fechas: una tremenda expansión tecnológica de la llamada “informática”, a través de una oferta de equipos electrónicos de procesamiento, que las empresas transnacionales (especialmente la IBM) ofrecían a los países de América Latina directamente o por intermedio de organismos internacionales. Esto hizo que los países compraran equipos, su mantenimiento y “paquetes” de “software” que estaban muy en exceso de lo que podían aprovechar en términos de volumen de datos o en términos de calidad y cobertura de lo producido por los sistemas de información en salud vigentes. El viejo adagio de la computación (“si entra basura al procesamiento saldrá basura procesada”) se cumplía ampliamente, y, una vez más, la “lógica” del sistema productivo imponía su producto por encima de cualquier otra consideración.

La crisis del CENDES fue la crisis de la Alianza y, en general, del “desarrollismo”. A partir de mediados de los 60 se agudiza el desequilibrio de la balanza de pagos, aumenta significativamente la deuda externa de América Latina, y las empresas transnacionales comienzan a invadir masivamente los mercados internos de los países desplazando al capitalismo nacional y pauperizando a su proletariado, tarea que se cumple con el apoyo de golpes militares: República Dominicana, en 1963; Brasil, en 1964; Argentina, en 1966. Chile ofrece un ejemplo paradigmático de la crisis del “desarrollismo”: Frei representa el modelo que la Alianza quiere imponer, pero no es su sucesor político quien gana las elecciones de 1970, sino la Unidad Popular de Salvador Allende, y el ejemplo se completa con la respuesta que el golpe de 1973 da al ascenso del movimiento popular.

La crisis: imposibilidad económica y política para imponer la planificación tipo Alianza, o para priorizar actividades en el sector salud; menos dinero para la infraestructura, para becas de capacitación, para personal humano; menos importancia de los sistemas de información en salud, que acompañaron a la Planificación de salud en su efímero florecimiento. Ésta es la situación general de América Latina de hoy día; y en los sistemas se está reflejando en dificultades financieras para poner en práctica censos, demora en la publicación de sus resultados; ningún aumento en la cobertura de las estadísticas vitales; estancamiento del sector salud, y de las estadísticas que ellos generan; detención de los esfuerzos de realizar encuestas nacionales por muestreo, etcétera.

A esta crisis financiera general para los países, que compromete a sus sistemas de información en salud, al sector salud y a los otros sectores sociales (recuérdese la invariable imposición de los organismos financieros internacionales para recortar el gasto público y el gasto social como medios para “salir” de la crisis) se da en algunos de nuestros países un fenómeno nuevo: la existencia de formas de organización del Estado a las cuales dejan de interesar los sectores sociales, el sector salud y, por supuesto, los sistemas de información que de él dependen.

Este tipo de Estado, cuyo modelo paradigmático se establece en Chile, Uruguay y Argentina, pero del cual se ven esbozos en otros lados, se caracteriza por un desmembramiento del Estado en aras de la “transnacionalización” de las economías de los países.³⁵ También es considerado como “fascista”,³⁶ “burocrático autoritario”³⁷ o “Estado militarizado”,³⁸ el cual tiene un efecto común en el sector salud, y, por consiguiente, en su información: su desarticulación, ya que no los necesita

como elemento de legitimación, redistribución o mediatización.³⁹

Además, surge otra circunstancia que afecta a América Latina: hay que rastrear mucho en la historia económica del siglo XX (Alemania y Austria en 1920, la China del Kuomintang de 1940) para constatar un empobrecimiento tan brutal y rápido de la población como lo están experimentando Argentina, Chile y Uruguay; y casi todos los demás países de América Latina están registrando, aunque en forma mucho más gradual y lenta, una tendencia en el mismo sentido. Estos factores por sí solos llevan a un deterioro de los niveles de salud y de vida, que los sistemas de información terminarán por reflejar. Es razonable prever que los gobiernos de los países donde el problema es más agudo intentarán manipular los datos existentes en un sentido que los favorezca, cosa que pueden lograr con medidas puramente administrativas, tales como moratoria en los registros de nacimientos en las estadísticas vitales o sobrenumeraciones censales (lo que aumenta el denominador de las tasas), cobrando dinero por el registro de fallecimientos o reduciendo la cobertura de servicios de salud (lo que reduce los numeradores). En general es razonable predecir que en el futuro se tenderá a ocultar la información que arroje una imagen negativa para los regímenes en el poder, y se tenderá a no recolectar información cuya naturaleza sea embarazosa, por ejemplo: sobre: desnutrición.

VI. Algunas proposiciones y conclusión

El panorama descrito parece pesimista, y efectivamente lo es: si se cree que existe una relación lineal entre buena información proporcionada por los sistemas de información en salud, y buenas decisiones en el sector salud. Es evidente que una investigación que use datos de los sistemas de in-

formación, sin analizar sus limitaciones, presenta graves fallas. En el terreno de las políticas de salud se puede constatar que la falta de información no ha sido obstáculo para que países como Cuba hayan mejorado drásticamente sus niveles de salud en pocos años, creando, incidentalmente, un sistema de información en salud mucho mejor que el prerrevolucionario.^{40 y 41} Una vez hecho el cambio político fundamental, generador de cambios en el sector salud y en sus sistemas de información, es evidente que los datos y el uso de técnicas numéricas, van a mejorar situaciones y a asignar y aprovechar más eficientemente los recursos. Éstas son mejoras que, aunque importantes, son secundarias, y dependen de un cambio que es fundamentalmente político. Se suele decir que la desamparada situación de la información en salud en América Latina se debe a la deficiencia de los sistemas, y se insiste en la necesaria calidad, cobertura, oportunidad y desagregación de los datos como elementos muy importantes; pero la calidad de los datos; como decía Malahanobis, no importa en cuanto no implique la postulación de una decisión alternativa; la eficacia es inútil ante un sistema político que no puede utilizar una realimentación en base a lo que los datos revelan, una cobertura ampliada de servicios de salud y de sus estadísticas es imposible por razones estructurales; la oportunidad sirve de poco ante situaciones de salud estáticas en el tiempo, y la desagregación de los datos es un lujo en nuestro continente, donde los problemas importantes de salud son pocos en número, y por todos conocidos. No son estas limitaciones en la información las que hacen que nuestros sectores salud se encuentren en la crisis actual; además no será una mejora en ellos la que nos saque de la crisis.

De cualquier forma, es evidente que la situación reseñada plantea problemas de toda índole, a la vez que posibilidades de solución para transitar

caminos muy diferentes. La situación de deterioro del aparato del Estado, de descuido de actividades sanitarias y de posible falseo deliberado de la información no tienen solución dentro de las estadísticas, ni siquiera dentro del sector salud, y no serán las estadísticas ni sus técnicos, en cuanto tales, los que aporten soluciones a este problema.

Se plantearán en más detalle, en cambio, las posibles soluciones técnicas en las áreas de estadísticas de salud y epidemiología que pueden ayudar a corregir el panorama descrito dentro de los límites dados por la situación política. Recordemos para empezar lo que los sistemas de información en salud no miden: casi nada acerca del gasto en medicamentos ni su iatrogenia, pese a que aquél debe acercarse a una quinta parte del gasto total en salud; nada acerca de los beneficios que reciben las empresas privadas que brindan atención médica; casi nada acerca de diferenciales de morbilidad y mortalidad de beneficiarios de los diferentes subsistemas de salud que operan en nuestro fragmentado panorama sanitario.

El reciente desarrollo, ya mencionado, de “métodos indirectos” en demografía, y su aplicación a censos de población, a una muestra de los mismos, o a encuestas probabilísticas de población puede ofrecernos mediciones acerca de mortalidad y fecundidad mucho más exactas y baratas que las que provienen de unos sistemas oficiales en estancamiento. La crisis del proyecto desarrollista en América Latina trajo aparejado un cuestionamiento a la relevancia de sus indicadores numéricos; en este momento, por ejemplo, el “milagro brasileño” revela un aumento del producto “per cápita”, correlacionado positivamente con un aumento en la mortalidad infantil.^{42,43 y 44}

La selección de indicadores que reflejen realmente la buena salud y el bienestar de nuestros

pueblos -a diferencia de muchos de los vigentes, que en realidad reflejan la buena salud del proyecto de acumulación capitalista dependiente que nos domina- es una tarea de imaginación, y a su vez, va a generar la información que nuestros países deberán recoger. El reciente énfasis en estudios sobre crecimiento y desarrollo somático de niños,⁴⁵ su valor específico como reflejo de la situación nutricional, e inespecífico como indicador del funcionamiento de una sociedad, es una línea prometedora de trabajo, como correctamente se ha dicho.

“El ritmo de crecimiento de un niño refleja, mejor que cualquier indicador aislado, su estado de salud y nutrición; y a menudo también su situación psicológica. Igualmente, los valores promedio de altura y peso de los niños reflejan con exactitud el estado de la salud pública de una nación, y la situación nutricional promedio de sus habitantes, una vez que se han tomado en cuenta las diferencias en el potencial genético, si es que éstas existen. Esto es especialmente cierto en países que se encuentran en desarrollo o en desintegración. De esta forma, un estudio de crecimiento bien diseñado es una herramienta poderosa para vigilar la salud de una población o para señalar a subgrupos de la población cuya participación en los beneficios económicos y sociales es menor de lo que debería ser”⁴⁵

Como una de las tantas verificaciones latinoamericanas de este escrito, es oportuno citar un estudio de crecimiento somático recientemente efectuado en Honduras,⁴⁶ donde se demostró que la “clase baja” tenía ritmos de crecimiento que eran el 70 a 805 de la clase alta, que su crecimiento a los 10 años correspondía al de la “clase alta” a los 8, y que a los 14 años experimentaba un retardo con respecto a la “clase alta” de 3 años en talla y 4 en peso (incidentalmente, la mortalidad

infantil de la “clase baja” era de 126 por mil, y su esperanza de vida era de 48 años, contra cifras correspondientes a la “clase alta” de 95 por mil y 67 años, respectivamente).

Los sistemas de recolección de estadísticas que reflejan los fenómenos recientemente descritos no son ni complejos ni costosos; además, su análisis puede arrojar luz mucho más viva sobre la forma en que funcionan nuestras sociedades, que gran parte de los datos que han sido tediosamente recopilados por las publicaciones internacionales ya citadas.

Por otro lado, puede definirse al capitalismo como una forma de acumulación económica que se caracteriza por un despilfarro de energía, especialmente de aquellas formas de energía que no son renovables.^{47 y 48} En su tendencia a convertir todos los bienes en mercancías, y en agregar a ésta una cantidad máxima de valor, el capitalismo avanza sobre las disponibilidades de energía, de forma que su solución para el transporte a distancia consiste en el automóvil particular o el avión supersónico, en vez del tren o el autobús; su solución para la nutrición humana es un consumo excesivo de proteínas, grasas animales, frutas, o verduras de poco valor calórico, en lugar de calorías, proteínas y vitaminas, esenciales; su solución arquitectónica son edificios mal aislados y de costoso mantenimiento, que requieren de mucha calefacción y refrigeración. Su propuesta global es la sociedad de consumo y despilfarro.

Un sistema de información que mida los flujos de energía, su aprovechamiento, su derroche, y que en el caso de la salud registre la utilización adecuada o no de energía, tierras, tipos y formas de cultivo para proporcionar alimentos a la población humana, sería otra línea de investigación que generaría indicadores y un sistema de esta-

dísticas más adecuado a la realidad sanitaria latinoamericana.

Como conclusión, debe enfatizarse que la existencia de un Proyecto Nacional⁴⁹ explícito, viable, y que se desee poner en práctica, debe determinar el tipo de información que se necesita para tomar decisiones “tácticas” -dependiendo éstas de las “estratégicas”, que son políticas y forman parte del marco del proyecto- para evaluar la evolución del proyecto a través del tiempo. De acuerdo con una retórica que nadie contradice públicamente, en América Latina, el objetivo de

la sociedad es otorgar bienestar a la población, y el del sector salud es otorgarle salud. La realidad de la crisis general de la sociedad capitalista que vivimos, y la creciente incapacidad de los países capitalistas para gobernar a través de mecanismos de legitimación -en los cuales la salud jugaba un papel predominante-, apunta a una contradicción con el funcionamiento y, en algunos casos, hasta la existencia de sistemas de estadísticas en salud. El desarrollo de esta contradicción deberá ser estudiado prioritariamente por todos aquellos que tengan interés en esta área del conocimiento.

NOTAS

1. United Nations Demographic Yearbook, Organización de las Naciones Unidas, Nueva York, Publicación Anual.
2. World Health Statistics Annual, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, publicación anual, bianual o trianual.
3. World Health Statistics Report, Organización Mundial de la Salud, Ginebra. Publicado mensualmente desde junio de 1947, bajo el título de *Epidemiological and vital statistics report*, y bajo su nuevo título desde 1967, Última edición mensual en diciembre de 1976.
4. *World Health Statistics Quarterly*, Organización Mundial de la Salud, Ginebra. Reemplaza al anterior. Ediciones trimestrales desde enero de 1977.
5. Weekly Epidemiological Record, *Organización Mundial de la Salud*, Ginebra, publicación semanal,
6. Informe del Director, Organización Panamericana de la Salud, Washington, publicación anual,
7. Brass, W., Coale, A. et al., *The Demography of Tropical Africa*, Princeton, Princeton University Press,
8. Sullivan, J., Models for the estimation of the probabilities of dying between birth and exact ages of early childhood, *Populations Studies*, vol. 26, No. 1, 1972,
9. W. Brass y K. Hill *Estimating adult mortality from orphanhood*, Conferencia IUSSP, Lieja, 1973.
10. Guillermo A. Maccio "Métodos de recolección y de análisis de datos en materia de mortalidad" Conferencia General de Población. Unión internacional para el estudio científico de la población. IUSSP/P657/001. México 1977.
11. Como ejemplo, ver la EDENH (Encuesta demográfica nacional de Honduras) datos publicados por el Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE): *Datos de la encuesta demográfica nacional de Honduras (EDENH)*, Diciembre de 1970-Octubre de 1972. CELADE, San José, Costa Rica.
12. A este respecto, ver trabajos recientes del Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE): Hugo Behm y J. Olinto Rueda, *Colombia 1968-1969*, Serie A, No. 1032, septiembre de 1977; Hugo Behm, *Costa Rica 1968-1969*, Serie A, No. 1024, diciem-

- bre de 1976; Hugo Behm y Domingo Primte, *Nicaragua 1966-1967*, serie A, No. 1036; Hugo Behm y Ernesto Vargas, *Guatemala 1968-1969* Serie A, No. 1037, Hay más títulos en la serie.
13. Para una revisión del problema del subregistro de hechos vitales en América Latina, ver la cita 21.
14. Susana E. Natali, "Los Sistemas de información de las estadísticas de natalidad y mortalidad en México", *Revista nacional sobre investigación demográfica en México*, 1977 » Mimeo.
15. H.A, Bruch, S_B, Hartman, J.L. Sánchez Crespo, Organization, functioning and analysis of the vital and Health statistics in México, World Health Organization, May, 1977, Mimeo.
16. United Nations Demographic Yearbook., 1974, United Nations, New York 1975.
17. C. Montoya Aguilar, "Levels and trends of infant mortality in the Americas, 1950-1971". *World Health Statistics Reports*, Vol. 27, No, 12, 1974, p.772.
18. M. Ordorica et. al; "Subregistro de mortalidad infantil 1976: un estudio de caso", Trabajo presentado en la Reunión Nacional sobre Investigación Demográfica en México, México, mayo de 1977.
19. R. R, Puffer y C. Serrano, "Características de la mortalidad en la niñez". Publicación científica No. 262. Organización Panamericana de la Salud, Washington, 1973. Se encuentra una versión abreviada en R. R. Puffer y C. Serrano, "La deficiencia nutricional y la mortalidad en la niñez", *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Vol. 75, No. 1, 1973.
20. Organización Mundial de la Salud, "*Clasificación Internacional de Enfermedades*", Revisión 1965 a Ob, Ginebra, 1967.
21. J. C. Escudero, "Desnutrición en América Latina: su magnitud". *Rev. mex. de ciencias políticas y sociales* No. 84, 1977.
22. J.C. Escudero, "The magnitude of malnutrition in Latin America", *International journal of health services*, Vol, 8, No, 3, 1978, 4
23. R. Puffer, "Estudio de múltiples causas de defunción", *Boletín de la oficina sanitaria panamericana*, Vol, 69, No. 2, 1970.
24. J.C, Escudero y H, Kotliar, "Mortalidad por desnutrición: Un estudio de causas múltiples de muerte", *Cuadernos de salud pública*, No. 10, Buenos Aires, 1975
25. H.Kotliar y J.C. Escudero, "Desnutrición en la Argentina". *Ciencia nueva*, No, 31, noviembre de 1973
26. J.C, Escudero, "Health Levels in the Sahel, Ethiopia and the Sudan and incidence of the 1972 drought", mimeografiado, 1976.
27. Para México, por ejemplo, ver las publicaciones del área de Estadísticas Demográficas y Vitales de la Secretaría de Industria y Comercio. *Serie -V: estadísticas hospitalarias*, 1971; y diferentes ediciones del *Boletín epidemiológico* de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.
28. Asa Cristina Laurell, "Medicina y Capitalismo en México". *Cuadernos Políticos*, No. 5, México, 1975.
29. Organización Panamericana de la Salud. III reunión e ial de ministros de Documento oficial No, 123, septiembre de 1973.
30. Mario Testa, "Planificación de Salud en América Latina: un replanteo, *Salud Problema*, No. 4, México, 1979.
31. Sobre el tema, por Rolando García y J.C. Escudero, "The Constant Catastrophe". Report to the International Federation of Institutes and Advanced Study (IFIAS). "Drought and man" Project Ginebra, 1979,
32. A. Briceño, M.A. López y M. Rozanes Tassler, "El tétanos en México", maestría en medicina social, UAM-Xochimilco, 1979, inédito.
33. Para una discusión reciente de esto, ver: Clara Fassler, *Transformación social y planificación de salud en América Latina*, México, Mimeo, 1979.
34. "Health Planning in Latin America", Scientific Pu-

- blication Number 272, Pan American Health Organization, Washington, 1973.
35. El Término es de Agustín Cueva en: *El desarrollo del capitalismo en América Latina*, Siglo XXL, 1977.
36. T. dos Santos, "Socialismo y fascismo en América Latina hoy", *Rev. mex. de Sociología* Vol, XXXIX, No. 1, 1977.
37. G. O'Donnell, "Reflexiones sobre las tendencias de cambio del Estado burocrático autoritario", *Rev. mex. de sociología*, Vol. XXXIX, No. 1, 1977.
38. Nelson Minello, "Uruguay: la consolidación del Estado militar", *Rev. mex. de sociología*, Vol. XXXIX, No. 2, 1977.
39. Sobre aplicaciones de este análisis a la Argentina, ver: S. Bermann y J.C. Escudero, "Health in Argentina under the Military Junta", *International journal of health services*, Vol. 8, No. 3, 1978 y "Argentina: La salud de los militares", Grupo de salud, Movimiento Peronista Montonero, México, Mimeo, 1979.
40. R.R. Puffer, "Informes acerca de la calidad y cobertura de las estadísticas vitales y sobre investigaciones de mortalidad perinatal e infantil en Cuba", 1-8 de marzo de 1974, Documento AMRO 3513. Organización Panamericana de la Salud, Washington.
41. "Cuba: Organización de los servicios y nivel de salud", Ministerio de Salud Pública, Rep. de Cuba, 1974, p. 119.
42. W. Leser, "Relacionamiento de ciertas características populacionales con a mortalidades infantil no municipio de Sao Paulo de 1950 a 1970", *Problemas brasileiros* septiembre de 1972. pp. 17-30. Citado en J. Yunes La Population de Brasil Monografía CICREA.
43. J. Yunes y V.S.C. Ronchesal, "*Evolução da mortalidade geral, infantil e proporcional no Brasil*", *Revista de saude publica* 8, suplemento No. 3-48, 1979. Citado en M. de M. Moreira, L.M. da Silva y R. Mc Loughlin *Perfil de Brasil*, núm. especial de "Estudios de población", Consejo de Población, octubre de 1978.
44. Ch. Wood, "*Tendencia da mortalidade infantil e distribuição de renda: estudo sobre Belo Horizonte e São Paulo. Simposio sobre o progresso da pesquisa demografica no Brasil.*", Río de Janeiro, 7-9 de julio, 1976. Citado en Hugo Bhem "Socioeconomic determinents and Mortality in Latin America", World Healt Organization, DSI/SE/WP/79, 6 de junio de 1979.
45. Phyllis B. Evelerth y J.M. Tanner, "Worldwide variation in human growth", International biological programme & Cartridge University Press, 1976.
46. Rolando Godoy y col., "Efecto del nivel socioeconómico sobre el crecimiento de población infantil en Tegucigalpa, Honduras". IV Seminario, *Programa centroamericano de ciencias de la salud*, Santa Bárbara de Heredia, Costa Rica, 4 a 9 de julio de 1977.
47. Laura Conti, *Qu'est ce que l'écologie*, Petite collection Maspero No. 200, 1978.
48. M. Caldwell, K. Coates, R. Jungle, K.W. Kapp y C. Storeman, *Socialismo y medio ambiente*. Edit. Gustavo Gili, Barcelona, 1976.
49. Sobre desarrollos de este tema, ver O. Varsavsky, *Proyectos nacionales*, Periferia, 1972 y *Estilos tecnológicos: propuestas para la selección de tecnologías bajo racionalidad socialista*, Periferia, 1974. Como ejemplos de agregaciones a nivel mundial de proyectos nacionales, ver "Qué hacer; el informe Dag Hammarskjold 1975 sobre el desarrollo y la cooperación internacional", Fundación Dag Hammarskjold, Uppsala, 1975. Donnella M. Meadows, *Los Límites del Crecimiento*, FCE, 1972, Amilcar Herrera y col., "El modelo mundial latinoamericano", *Rev. centroamericana de ciencias de la salud*, sept.-dic., 1975, No. 2. Como contribuciones recientes a un proyecto viable e igualitario ver el trabajo citado en último término y Amilcar Herrera, *Un Monde Pour Tous*, 1977.

La epidemiología en la forja de una contrahegemonía*

Jaime Breilh** • Edmundo Granda**

*“La historia es un profeta con la mirada vuelta hacia atrás:
por lo que fue, contra lo que fue, anuncia lo que será”.*

Eduardo Galeano

Ante el consenso acerca de la necesidad de evaluar el trabajo cumplido y establecer las proyecciones de la tarea actual, se ha elaborado este documento como un conjunto de breves discusiones sobre problemas relevantes que se han podido detectar a lo largo de los últimos años frente a la construcción de un nuevo pensamiento epidemiológico y la adopción de líneas de trabajo.

El análisis de esa problemática, en referencia a la labor cumplida en Ecuador, conduce necesariamente al estudio de su relación con el desarrollo de toda la tarea latinoamericana, y no puede circunscribirse al avance aislado de la epidemiología. Por estos motivos, varios puntos del presente documento hacen alusión a los trabajos epidemiológicos producidos en otros países y a los problemas más generales de la medicina social.

I. El contexto. América Latina: la heterogeneidad del desafío

Para interpretar las “tendencias y perspectivas de las ciencias sociales aplicadas a la salud”, es preciso recordar la estrecha relación que se establece entre la actividad científica y la historia en la cual aquella se desenvuelve. Es así, porque como lo dijera Bernal “... para comprender lo que está ocurriendo, no es suficiente con saber lo que la ciencia está haciendo ahora. También es esencial entender cómo ha llegado a ser lo que es, cómo ha correspondido en el pasado a las formas sucesivas de la sociedad y cómo, a su vez, ha servido para modelarlas”.¹

A la luz de este planteamiento, surge como premisa de análisis la marcada heterogeneidad de los contextos en que se han desenvuelto los trabajos realizados sobre esta temática. Heterogeneidad que se define primordialmente por las diferentes condiciones estructurales, por los distintos objetos de estudio, las diversas articulaciones prácti-

* Publicado originalmente: Breilh, J. y Granda, E. (1985). La epidemiología en la forja de una contrahegemonía. Salud Problema, Primera Época, 11, 25-40.

** Investigadores del Centro de Estudios y Asesoría en Salud (CEAS) de Quito. Profesores del Curso de Postgrado en Investigación y Administración, Facultad de Ciencias Médicas (Universidad Central)

¹ J. Bernal, La ciencia en la historia, México, Editorial Nueva Imagen, 1981, pp. 37-38.

cas, así como la influencia de varias corrientes interpretativas. Esta diversidad, lejos de constituir un obstáculo para la comunicación entre los asistentes, debe acicatear un análisis más rico acerca de las similitudes y diferencias de la producción realizada, de las posibilidades de elaboración y de complementación para la tarea futura.

Desde el punto de vista de la diversidad estructural, se debe reconocer, en primer lugar, la definitiva diferencia de las necesidades que enfrentan los investigadores que han estado trabajando en los países capitalistas atrasados y aquellos que laboran en las sociedades de transición. En el caso de los primeros, el énfasis mayor del conocimiento epidemiológico se proyecta hacia el enriquecimiento de los instrumentos y consignas del enfrentamiento social, hacia el crecimiento de esa fuerza material que alcanza la conciencia objetiva de clase para denunciar, organizar y transformar. En las sociedades en transición, el énfasis mayor se proyecta, al menos en las fases iniciales, hacia la resolución directa y práctica de los problemas técnicos emergentes de la construcción de una sociedad nueva. También la diferencia estructural se manifiesta entre las formas de desarrollo de las fuerzas y relaciones de producción de los distintos países capitalistas donde se asienta la investigación, entre el crecimiento diferencial de sus clases organizadas y entre la distinta evolución de sus “sistemas de necesidades” de clase. Por un lado, son éstos 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”, condiciones que dependen del grado de desarrollo del objeto de estudio en la realidad, lo que Alexeiev describe como la necesidad que “... en el objeto se hayan desarrollado todas sus posibilidades reales, todas sus potencialidades para que su núcleo se revele de modo objetivo como

embrión como punto de partida”² para el análisis. No es de extrañarse, por ejemplo, que dentro del campo de estudio de la epidemiología de los problemas objetivos obrero-industriales de la salud en el trabajo, hayan alcanzado antes pertinencia y mejor horizonte de visibilidad en los países con mayor desarrollo del capitalismo monopólico que en las formaciones más atrasadas. Por otro lado, los condicionamientos estructurales definen las posibilidades subjetivas, las condiciones de acumulación de conocimiento, las posibilidades de elaboración teórica de los problemas, por parte de técnicos, profesionales y científicos politizados que comienzan a operar en el sentido gramsciano, como intelectuales ligados a un movimiento democrático y aun articulados orgánicamente a los intereses de los sectores populares, proceso este último que, en gran medida, parece depender del grado de influencia del enfrentamiento social sobre estratos particulares de las capas medias e incluso de la clase obrera.

Desde el ángulo de las diferencias del objeto de estudio o de las disciplinas a partir de las cuales se ingresa a la tarea de reformulación de la salud-enfermedad, es distinta la forma de búsqueda y la orientación de la crítica cuando, por ejemplo, se parte desde las ciencias sociales que cuando se arranca de la medicina. Aun cuando los dos caminos son complementarios y tienden a entrelazarse, una mirada más cuidadosa permite ver como el cientista formado originalmente en las sociedades anhela aprehender las especificidades de lo biológico, en cambio el profesional de la salud que inicia su incursión en el mundo social se encuentra “huyendo” de lo biológico y buscando una comprensión más rigurosa de lo social. Esto no quiere decir que ninguno de los dos énfasis es

2 Alexeiev, M.-Dialéctica de las formas de pensamiento - Buenos Aires, Editorial Platina. 1964, p. 16

el más adecuado, sólo establece los condicionamientos que el pasado profesional tiene frente al trabajo de unos y otros, contradicción esta última que no se resuelve solamente por la reflexión teórica sino por las necesidades tácticas de la lucha ideológica que llevan a cabo los investigadores en uno u otro campo.

También es importante el análisis de las diferencias en la inserción práctica de los trabajadores científicos, como determinante de la distinta búsqueda que han emprendido. Así por ejemplo, en las sociedades capitalistas son diferentes las demandas que se les presentan a quienes se encuentran vinculados a la problemática obrero-industrial que aquellas que se hallan incididas, por ejemplo, por las necesidades de las ligas y confederaciones barriales del subproletariado urbano. En otros casos, no son las vinculaciones con los intereses de las distintas clases populares las que condicionan las preocupaciones de los estudiosos, sino las demandas más inmediatas y prácticas de los proyectos político-institucionales, personales o colectivos, en que se hallan inscritos.

Como un indicador tangible de la autonomía relativa del trabajo científico, se observa que al margen de los principios y programas de los partidos revolucionarios, los cuales inciden directa o indirectamente sobre la labor investigativa, muchas veces las instituciones que viabilizan el trabajo científico contribuyen importantemente a delimitar los puntos de énfasis o crecimiento de la tarea de los diferentes grupos de investigación. Las corrientes interpretativas que sustentan al quehacer científico ligadas al empeño por reformular el marco teórico de la epidemiología han tenido que enfrentar múltiples escollos teórico-metodológicos. Uno de estos, y de gran influencia, ha sido la teoría estructural-funcionalista, estrechamente ligada a la corriente epistemológica del

positivismo-pragmático. En época más reciente, ha cobrado fuerza la influencia de la corriente fenomenológica, seguramente ligada a los procesos de simplificación y abaratamiento de las acciones de la salud y al intento por utilizar recursos “comunitarios” de bajo costo. El enfrentamiento con dichas corrientes ha producido, en unos casos, un enriquecimiento mediante la superación dialéctica y, en otros, ha determinado la pérdida de una perspectiva científico-materialista.

II. La epidemiología en la forja de una contrahegemonía

Los Estados latinoamericanos, capitalistas y dependientes, han sido definidos como “eslabones débiles” del capitalismo mundial, en vista de que la frágil estructura económico-social sobre la que se asientan genera una acumulación de contradicciones y de dificultades para resolverlas, dando lugar a una superestructura sobrecargada de tareas.³

Aun cuando en esas condiciones no se da el ejercicio pleno de una hegemonía (en el sentido gramsciano), esto es, la “dirección intelectual y moral” como forma de sometimiento, sino que tiene que recurrirse cíclicamente a los mecanismos coercitivos de períodos dictatoriales o despóticos, siguen siendo sin embargo, importantes recursos de la dominación el ideológico y el de información⁴. En este sentido cobra especial interés el análisis del papel que juegan disciplinas como la epidemiología, estrechamente vinculadas con la interpretación de la salud-enfermedad, misma que puede ser utilizada como instrumento ideologizador de resonancia social y política.

3 Agustín Cueva, *El Estado latinoamericano en la crisis del capitalismo* La Habana, Ponencia ante el II Congreso de Economistas del Tercer Mundo, 1981.

4 Guillermo O'Donnell, *Apuntes para una teoría del Estado*, Quito, Ponencia presentada al Congreso Latinoamericano de Sociología, 1977.

El pensamiento hegemónico en la salud, desde sus expresiones más atrasadas hasta los “atrayentes” planteamientos social-democráticos, debe ser enfrentado también por medio de la ciencia. Los investigadores pueden producir el conocimiento objetivo que contribuya a la construcción de una hegemonía y la consolidación de múltiples espacios de expresión de la necesidad y la organización de los pueblos.

Frente a tal desafío hay que estar claros sobre el hecho de que, como lo establece Gramsci, “crear una nueva cultura no significa sólo hacer individualmente descubrimientos ‘originales’; significa también, y especialmente, difundir verdades ya descubiertas, ‘socializarlas’, por así decir, convertirlas en base de acciones vitales, en elementos de coordinación y de orden intelectual y moral”.⁵ Las investigaciones actuales no son únicamente novedosas por su originalidad, sino que alcanzan trascendencia sobre todo porque retoman para la lucha contemporánea la ciencia epidemiológica iniciada por Marx, Engels y Lenin.

Esa “socialización” de la Epidemiología Científica que nació con los “clásicos” y que se proyecta en los esfuerzos de múltiples centros latinoamericanos no puede lograrse por medio de un trabajo tecnocrático. No se logrará convertir en acción vital el conocimiento epidemiológico si es que se la mediatiza a través del academicismo universitario, del burocratismo estatal o del utilitarismo de la investigación con fines de lucro.

Parece más fácil estar de acuerdo en que, cuando se organiza una cátedra, una facultad, un institu-

to, un centro de investigación, un departamento o sección, no debe preocupar tanto el purismo de su apariencia o forma técnico-administrativa sino la claridad con que se establezcan sus objetivos, sobre todo los mediatos, la mayor depuración posible de su contenido científico y político, y la clase de proyección que su producto tenga como valor de uso viable para los sectores populares. Es en cambio más difícil poner en vigencia estos propósitos en la práctica y lograr que sobrevivan a través de la misma y de las negociaciones que se hacen a lo largo del camino. En todo caso el producto concreto de cada espacio, los resultados que produce, sus nexos reales son un adecuado objeto para la evaluación de la tarea.

1. La epidemiología “social” en el banquillo de los acusados

La práctica científica está históricamente determinada. La configuración interna de la epidemiología como ciencia y como recurso técnico tiene como su mediador principal con las condiciones generales de la sociedad a la dimensión práctica. El análisis de esa unidad entre sociedad, práctica e investigación ha permitido establecer la correspondencia entre las etapas del avance general de las sociedades, el papel que ha desempeñado la práctica epidemiológica y las formas de desarrollo del conocimiento. En un trabajo anterior⁶ se delimitaron las principales etapas de la práctica y del pensamiento epidemiológico bajo el capitalismo. Se ha establecido, por ejemplo, la relación entre el capitalismo premonopolista y la aparición del “modelo” virchowiano, se ha explicado la aparición de la teoría unicausal y su relación con la formación del capitalismo monopolístico y, finalmente, el nexo histórico entre la crisis del im-

⁵ Antonio Gramsci, *El materialismo histórico y la filosofía de Benedetto Croce*, México, Juan Pablos Editor, 1975, pp.13.

⁶ Jaime Breilh, *Epidemiología: economía, medicina y política*, Santo Domingo, Colección SESPAS 1981.

perialismo de mediados de siglo con la apertura “social” de los modelos multicausales y su más depurada expresión: la teoría de la historia natural de la enfermedad de Leavell y Clark.

Si bien cada etapa se ha caracterizado por un tipo de pensamiento epidemiológico dominante, no ha dejado de oponérsele un pensamiento democrático. Así, a la teoría contagionista del absolutismo se opusieron concepciones sociales como las de Marx, Engels, Virchow, Chadwick y Espejo; a la teoría unicausal microbiana, de predominancia clínico- flexneriana, que hegemonizó el capitalismo monopolístico temprano, se opusieron planteamientos como los de Sigerist, Stern, Rosen, Molina y San Martín; ya en épocas más recientes, a las concepciones ecológico- funcionalistas de MacMahon y Leavell-Clark se oponen tesis como las de Berlinguer, Navarro, García, Laurell y Arouca. La espiral dialéctica de avance del conocimiento epidemiológico constituye una síntesis particular de la lucha ideológica.

En el plano teórico-metodológico el enfrentamiento se ha expresado en las formas opuestas de abordar el hecho epidemiológico, de construir el objeto de estudio y transformación de la epidemiología. Las variantes de la ideología epidemiológica dominante se corresponden explícita o implícitamente, con los intereses del capitalismo, con la funcionalización de la tarea estatal, con la aplicación de correctivos factibles e inmediatos desde el punto de vista de las clases dominantes. Su manera de abordar el conocimiento no distingue entre el fenómeno epidemiológico y su esencia, entre la representación y el concepto, entre el concreto sensible de la apariencia epidemiológica y el concreto pensado de la realidad epidemiológica, entre la tarea epidemiológica como práctica funcional y utilitaria y aquella tarea orgánica de crítica y transformación.

La epidemiología “tradicional”, enmarañada en el mundo de la pseudo- concreción estadística, parapetándose tras la imagen de objetividad y rigor del análisis cuantitativo absolutizado y la lógica positivista, construye o mejor dicho ideologiza, una realidad en el plano de lo fenoménico y dice descubrir la esencia de los problemas epidemiológicos formando abstracciones unilaterales de las relaciones externas de los fenómenos, que aparecen como esquemas formales de asociación empírica de variables. Esto último constituye para el pensamiento burgués la esencia.

La epidemiología científica, llamada por algunos epidemiología social, es la antítesis de la epidemiología burguesa, no la conciliación pragmática con esta última, con su contenido y forma, revestida de apariencia socializante. El rescate contemporáneo de la línea social de la epidemiología no puede consistir en la asimilación acrítica de la epidemiología convencional, en la incorporación no selectiva de sus conceptos y métodos, en la simple yuxtaposición de la misma con los planteamientos del materialismo histórico, puesto que su contenido y sus técnicas se configuraron bajo la óptica neopositivista. Quienes defienden tal procedimiento, “...confiados en el afecto directo y determinante de sus intenciones políticas sobre su producción teórica, no reparan en que los orígenes y las tendencias discursivas contrapuestas de estos dos aparatos teóricos se hallan inscritos y permanecen activos en la estructura de los mismos, ni en que, al yuxtaponer los dos funcionamientos, someten necesariamente (aunque sea contra su voluntad) la eficacia del aparato más débil, el insurgente o revolucionario, al del más fuerte, el establecido o contrarrevolucionario”⁷

7 Bolívar Echeverría, *Discurso de la revolución, discurso crítico*, “en Cuadernos Políticos”, 10, México, Ed. ERA, 1976, pág. 44.

El hecho de que planteamientos como los de la cadena epidemiológica, sirvan para analizar y clasificar el plano fenoménico o aparente de los procesos epidemiológicos, sus aspectos unilaterales y relaciones externas, no quiere decir que por sí solos sirvan para interpretar los procesos y relaciones internas, las conexiones multilaterales que caracterizan el movimiento dialéctico de la esencia de dichos procesos regidos por leyes.

El desconocimiento o tergiversación de este principio fundamental de la dialéctica ha llevado a varios investigadores a cuestionar la validez de la llamada epidemiología social. Se ha dicho que el basamento teórico metodológico de la epidemiología tradicional (en el sentido snowiano) permanece válido e incólume y que los intentos por “ampliar” el objeto de estudio de dicha epidemiología, esto es, comprender la esencia de los fenómenos epidemiológicos “llevan a un camino que expresa un indudable vacío científico ideológico”⁸. Es como si proyectando esta crítica del objeto particular de la epidemiología al de la economía política, se diría que para aplicar esta última al análisis de la sociedad capitalista sería suficiente estudiar el plano de la circulación, como lo hicieran Smith y Ricardo, y no penetrar dialécticamente en el análisis de la producción como lo hiciera Marx. Pero no es que existan dos objetos de la economía política, uno el planteado por Ricardo y Smith y otro el planteado por Marx. Lo que sucede es que sólo este último pudo descifrar dialécticamente la diferencia entre fenómeno y esencia, entre las características y relaciones externas del mercado económico y las leyes esenciales que definen las condiciones y relaciones internas de la producción. El hallazgo de Marx plantea la síntesis de fenómeno y esencia y

define la realidad del proceso económico como la unidad del plano fenoménico y de la esencia de la cosa misma. La puerta de entrada al conocimiento es el fenómeno, pero el abordaje de éste debe dar paso al análisis de sus determinantes esenciales: “La comprensión del fenómeno marca el acceso a la esencia. Sin el fenómeno, sin su manifestación y revelación, la esencia sería inaccesible”.⁹ Pero la realidad es la unidad de fenómeno y esencia”... por esto, la esencia puede ser interpretada tan irrealmente como el fenómeno, y éste tan irrealmente como la esencia en el caso de que se presenten aislados”.¹⁰

En la epidemiología, apareció y se reedita actualmente la misma disyuntiva. La epidemiología convencional y algunos de sus defensores contemporáneos defienden la existencia del fenómeno epidemiológico como objeto de estudio y sustentan que el cierre de campo de esta disciplina engloba solamente las manifestaciones externas tradicionalmente estudiadas desde Snow, como la cadena epidemiológica, la historia natural de la enfermedad, los procesos de control, etc. Algunos como Alderegía, incluso llegan a plantear, al referirse a los trabajos de Laurell, que “... ante la falta de una orientación metodológica concreta, de un sistema de conocimientos para poner en evidencia la influencia de las condiciones sociales sobre la salud de la población, tiene problemas que resolver; entonces da esta salida y busca la epidemiología que había demostrado su efectividad y tenía un prestigio en la lucha contra las enfermedades infecciosas y la rellena con algunas categorías del Marxismo y con eso constituye la plataforma teórica de la epidemiología social”.¹¹

8 J. Alderegía, “La Epidemiología como Ciencia”, en Rev. Cub. Hig. Epid. No. 20:34-46, 1982.

9 Karel Kosik. *Dialéctica de lo concreto*, México. Editorial Grijalbo. 1983. pp. 28.

10 *Ibid.* pp. 28.

11 J. Alderegía. Temas de higiene social. Habana. Instituto de Desarrollo de la Salud, 1982.

Si bien es explicable que surja este tipo de réplicas y contradicciones en el contexto capitalista, es sorprendente que aparezca una opinión como la citada, que seguramente es una voz aislada en el seno de una sociedad en transición que ha legado a la humanidad lecciones trascendentales acerca del efecto determinante de lo social sobre la distribución y determinantes del proceso salud-enfermedad.

Igual como sucede en la economía política y en toda ciencia, en la epidemiología no existe un objeto fenoménico y un objeto esencial, no existe un objeto epidemiológico planteado por MacMahon o Leavell- Clark y otro planteado por investigadores como Laurell y García, existe un sólo objeto, una sola ciencia epidemiológica. El hecho de que la epidemiología científica no haya terminado de consolidar su sistema de conceptos, categorías y leyes, no haya concluido la configuración de su método especial y esté desarrollando nuevas formas de articulación práctica, no traduce un vacío ideológico-científico sino que expresa el momento en que se encuentra el desarrollo de las condiciones objetivas y subjetivas del conocimiento.

Complementándose con la crítica anterior y desde el horizonte de análisis del pragmatismo, suele ventilarse la crítica a la llamada epidemiología social (léase epidemiología a secas o epidemiología científica) con el estribillo de la sobrecarga de teorización que limita las acciones práctico-inmediatas, sobre todo desde el Estado. Pero en la actual coyuntura, al desarrollo de las acciones prácticas debe ligarse un avance igualmente vigoroso de replanteamiento teórico para superar el funcionalismo que, por otra parte, ha entrado ya en una profunda crisis.

En las sociedades en transición el problema es algo distinto. Las condiciones de reproducción

social han sido modificadas sustancial y masivamente y la instrumentación de las acciones estatales de salud se dirige a fondo al avance de esa reproducción social de modo planificado, suficiente y armónico. En tales circunstancias, la condición epidemiológica se modifica sustancialmente, pero no debe caerse en el error de absolutizar el “éxito” y “efectividad total” de los servicios, puesto que lo que ha ocurrido no es otra cosa que un cambio estructural, la modificación cualitativa de las condiciones de trabajo y consumo individual, lo cual potencia el efecto moderador de las acciones epidemiológicas convencionales. Desafortunadamente, en algunos casos los beneficios inmediatos que produce la transición pueden “anestesiarse” o debilitar, en algunas esferas técnicas, el desarrollo de la teoría que debe seguirse perfeccionando bajo el proceso dialéctico de revolución social y transformación teórica.

2. Notas para un informe anti-tecnocrático (anti-informe)

No es el propósito de este apartado el analizar la producción nacional de orientación democrática en el campo de la epidemiología. Lo que se persigue es más bien, exponer desde el ángulo epistemológico la contribución lograda por medio de varios trabajos a los que se han ligado los autores durante el último quinquenio para apoyar la forja de un pensamiento contrahegemónico en la salud.

En este lapso se hizo indispensable, en un primer momento, la formulación de un nuevo marco conceptual que permitiera responder a los vacíos interpretativos de la salud pública y la epidemiología convencionales. Igual trabajo seguramente fue cumplido por todo grupo que intentó un replanteamiento en cualquiera de los ámbitos de la medicina social.

A partir del conocimiento previo acumulado, tanto por la línea social de pensamiento epidemiológico, cuanto por las corrientes tradicionales, los conocimientos de la biología, etcétera, se pudo cumplir la primera fase de la propuesta científica, que consistió en el movimiento de lo concreto a lo abstracto.

El análisis de ese concreto y de las categorías convencionales de la epidemiología permitió separar los momentos abstractos. Llegado ese punto, era necesario emprender la segunda etapa de conocimiento, es decir el movimiento de lo abstracto a lo concreto. Es entonces que surgió la necesidad de hallar lo que Alexeiev define como el punto de partida del método ascensional (o segunda etapa del conocimiento).¹²

Como es conocido, la identificación del punto de partida, alrededor del cual gira luego toda la reconstrucción del marco teórico, consiste en el análisis micrológico (Marx, *El Capital*) dirigido a encontrar la categoría “celular” más abstracta, más inmediata, más simple y general, que a pesar de ser una abstracción y por tanto unilateral e incompleta, debe concretar “en embrión todas las contradicciones de que está colmado el sistema”¹³ y debe permitir iniciar un movimiento hacia lo concreto que siga identificando las sucesivas contradicciones mediante la iteración u ordenamiento de las siguientes categorías, cada vez menos abstractas y más concretas. Es decir, una vez establecido el punto de partida o núcleo se puede desarrollar todo el sistema de categorías para revelar de modo sistemático las leyes a que se subordina el objeto. Así por ejemplo, Marx desarrolló el método ascensional partiendo desde la abstracción celular “mercancía” y llegó sucesiva-

mente al estudio del “trabajo”, “valor”, “dinero”, “capital”, “plusvalía”, “salario” y “clase”. No debe confundirse el orden histórico de aparición de los procesos con el orden lógico de las categorías. Aunque el trabajo engendre históricamente a la mercancía, es su base objetiva; sin embargo el método dialéctico recurre, analíticamente, primero a la mercancía porque ésta explica las contradicciones y dualidad del trabajo y encierra las contradicciones más concretas del capital, la acumulación y la emergencia de clases antagónicas en ese modo de organización.

El análisis del concreto sensorial permite llegar a un conjunto de abstracciones sociales y biológicas tales como: “salud”, “enfermedad”, “normal”, “patológico”, “población”, “individuo”, “causa”, “efecto”, “distribución de la enfermedad”, “deterioro” (condiciones de vida), “producción de las condiciones de vida”, “trabajo”, “producción”, “consumo individual”, “condiciones naturales externas”, etc. A continuación de esta primera fase, de movimiento del concreto sensible hasta la separación del primer conjunto de abstracciones, el análisis llegó a la fase siguiente del conocimiento, identificando como punto de partida la categoría celular con sus características ya descritas.

Se consideró que la categoría más abstracta, aquella que concentra en embrión todas las contradicciones del proceso epidemiológico es la “producción”. Es así porque el análisis de las contradicciones vinculadas al conocimiento de la salud-enfermedad, en el mayor nivel de abstracción, debe establecerse primero al margen de las contradicciones que aparecen en la sociedad de clases y del mercado. En esa dimensión, la categoría producción encarna la síntesis de la oposición y unidad que ocurren entre el sujeto so-

12 M. Alexeiev, *op. cit.* p. 13.

13 *Ibid.* p. 15.

cial y el objeto naturaleza¹⁴ y la oposición entre el momento productivo y el momento de consumo. La “... producción es inmediatamente consumo, el consumo es inmediatamente producción. Cada uno es inmediatamente su opuesto”.¹⁵ “En un sujeto, producción y consumo aparecen como momentos de un acto. Lo que aquí importa es hacer resaltar que si se considera a la producción y al consumo como actividades de un sujeto o de muchos individuos, ambos aparecen en cada caso como momentos de un proceso en el que la producción es el verdadero punto de partida y por ello el momento predominante. El consumo como necesidad es el mismo momento interno de la actividad productiva”.¹⁶ Luego, la categoría “reproducción social” es la que permite analizar el proceso productivo en su movimiento, estudiar la oposición dialéctica entre producción (forma de autoconsumo del sujeto, que incluye, pero no se reduce al proceso laboral o proceso de trabajo en sentido restringido) y consumo individual, (forma de producción del sujeto productor y sus dependientes), y comprender la oposición dialéctica entre la reproducción natural- animal y la realización histórica de un sujeto social consciente.

En las publicaciones del CEAS consta el proceso de síntesis o camino de vuelta, que a partir de esas categorías permitió llegar a la contradicción final salud-enfermedad y al resultado general del método de ascenso que se sintetizó en la categoría perfil epidemiológico, un concreto del pensamiento que unifica un perfil de reproducción social con sus contradicciones y un perfil de salud-enfermedad con sus contradicciones.

Cuando se considera la sociedad escindida en cla-

14 Karl Marx. Introducción general a la crítica de la economía política. Córdoba. Cuadernos de Pasado y Presente No. 1, 1974, p. 41.

15 *Ibid*, p. 47.

16 *Ibid*, p. 50.

ses, en la cual se atomizó el sujeto social y apareció históricamente la circulación o mercado como forma de distribución, entonces el análisis partiendo de la producción y reproducción social, debe incorporar categorías intermedias adicionales y necesarias para la construcción del objeto especial epidemiológico. Categorías tales como “mercancía”, “valor”, “trabajo”, “mercancía fuerza de trabajo”, “clase”, permiten explicar la oposición dialéctica entre, por ejemplo, la reproducción social orientada primero por la formación de valor y luego por la valorización del valor respecto a la reproducción natural y las condiciones naturales externas o ecológicas: además, al incorporar estas nuevas categorías aparece en el resultado final de la síntesis el “perfil epidemiológico de clase”.

En el proceso de construcción del objeto, cuando se trata de la sociedad mercantil y de capital, debe diferenciarse entre proceso de trabajo o proceso laboral y proceso de producción. Para los autores sigue siendo este último la categoría de análisis porque, como lo estableciera Marx, “... como unidad de proceso de trabajo y proceso de formación de valor el proceso de producción es proceso de producción de mercancías; en cuanto unidad de proceso de trabajo y de proceso de valorización, proceso de producción es proceso de producción capitalista”.¹⁷ Por consiguiente la interpretación básica del proceso epidemiológico pasa primero por la relación proceso de producción y salud y en un nivel más específico puede establecerse la relación proceso laboral y salud, así como la vinculación entre el proceso de consumo y salud.

Cumplida esta fase de reformulación de la teoría y del método epidemiológicos, apareció también como necesidad de replanteamiento metodológico la de establecer una nueva configuración y

17 Karl Max. *El capital*, Tomo I Vol, México Siglo XXI ed. 1977, p.239

ordenamiento de las técnicas epidemiológicas convencionales. La incorporación de técnicas de apoyo como las de operacionalización, las técnicas estadísticas y otras que permiten medir, comparar, asociar en el plano fenoménico, tenían que ocupar otros niveles en la jerarquía interpretativa del fenómeno y ser limitadas en sus posibilidades explicativas. Por ejemplo, técnicas muy útiles como la regresión múltiple, el análisis multivariado, el análisis de clasificación múltiple por análisis de varianza etcétera, no pueden asumir el papel de marco teórico de la epidemiología, sino que tan sólo pueden explicar determinados aspectos del comportamiento del referente empírico, analizado siempre a la luz de la teoría más amplia. No se trata por consiguiente de rechazar a priori los valiosos recursos de la estadística, los avances en la utilización de computadoras y paquetes (“software”) de programación y análisis, las técnicas extensivas de la sociología convencional, técnicas semi-intensivas de la antropología, y otras, sino de delimitar su uso con profundo conocimiento de sus límites y potencialidades explicativas.

De no proceder cuidadosamente en este paso, se tiene el alto riesgo de destruir el proceso de conocimiento y someterlo a la teoría que está por detrás de las formas que han asumido esas técnicas e instrumentos.

Finalmente, la tarea en estos años se ha volcado al ensayo del uso en la nueva investigación de las técnicas convencionales modificadas y el desarrollo de nuevos instrumentos, por ejemplo, la elaboración de formularios precodificados y paquetes de programación para la definición de la inserción social (variable que indica la clase), programas para la conformación de equivalencias analíticas y el uso de censos convencionales. Instrumentos para la medición de formas de con-

sumo individual. Reformulación de categorías y parámetros para el diseño muestral y el acceso a unidades de observación, etc. y en etapa reciente la elaboración de instrumentos para la investigación en ciencias.

Los primeros pasos de este ajuste de cuentas con las ideas, los métodos y las técnicas, no se dieron en el vacío sino en medio del esfuerzo investigativo de campo, de la docencia (en el Curso de Postgrado en Investigación y Administración), de la difusión editorial y de la comunicación por otros medios de masas, esfuerzos que en gran medida se han vertebrado alrededor de organizaciones sociales.

III. La tarea en los próximos años

Cualquier logro que se obtenga para la ampliación o conservación de espacios institucionales, de posiciones de poder e influencia ideológico-política sólo cobra una auténtica dimensión histórica en la medida en que se establezca como instrumento para la conciencia democrática y organización popular. La epidemiología en este sentido, como ciencia “diagnóstica” de la medicina social debería acendrar su orden de prioridades respecto al estudio de la salud-enfermedad de las clases mayoritarias, sobre todo en cuanto ésta se vincule a las contradicciones del capitalismo y la dominación. Deben impulsarse las investigaciones de la salud en el trabajo, los estudios para defensa de la jornada de consumo de los vastos sectores subproletarios, la indagación de los efectos nocivos de la transformación productivista del entorno natural y hacerlo con plena conciencia de su uso político posterior.

Lo anterior exige avances teórico-metodológicos y técnicos. En América Latina se han producido importantes contribuciones al desarrollo de

la aplicación del materialismo histórico a la salud-enfermedad; es el momento de profundizar en ese uso y de superar los errores, vacíos y necesidades, con un estricto sentido de vigilancia epistemológica. Se torna evidente, (por ejemplo en nuestro país), la necesidad de pasar de las reformulaciones teóricas más generales, de la producción de textos teóricos-metodológicos, al estudio en profundidad de problemas específicos. Se hace ostensible también el requerimiento de pasar de la crítica de las desviaciones empiristas, positivistas, del cuestionamiento al culturalismo, a la fenomenología, a la absolutización del análisis cuantitativo y ecologicista hacia la recuperación selectiva y subordinada de toda la riqueza del conocimiento antropológico, ecológico, matemático. El ciclo histórico demuestra la necesidad de haber pasado por una primera etapa crítica, de la reconstrucción teórica, a una siguiente fase, también crítica, pero en la que ya se ha solidificado un marco teórico que permita, sin recelos, asumir el reto de la incorporación con mayor profundidad de recursos especializados de la ciencia convencional.

La docencia y la capacidad editorial son dos instrumentos de la construcción y la difusión. Es necesario proteger, estimular, priorizar los cur-

sos de medicina social, e incluso ramificarlos en nuevas especialidades como la salud en el trabajo, planificación y administración en salud, etc. Al planificar la investigación del futuro debe tomarse en consideración el desarrollo de la investigación clínica, pero ésta debe estar estrechamente ligada con los requerimientos del conocimiento de los problemas prioritarios que se definen en el marco de la investigación social. Debemos permanecer vigilantes para que nuestros esfuerzos no se orienten por el cambio atractivo de la costosa investigación supeditada a los requerimientos de los países centrales y a los propósitos personalistas de consecución de status y conciliación.

Las líneas de futuro que han quedado esbozadas u otras mejores que pudieran trazarse, no podrán ser realidad sin la coordinación y la práctica internacionalista. Es importante fortalecer todos los mecanismos que viabilicen la comunicación permanente y el intercambio de experiencias y recursos.

Las condiciones de salud en México y los terremotos de septiembre*

Mariano Noriega

Entre los problemas que ocasionaron los sismos en la Ciudad de México se encuentran los daños a la salud y la reducción en el acceso a algunas de las instituciones médicas más prestigiadas del país. Este último aspecto ha sido ampliamente tratado en la prensa nacional e internacional, más no así el primero. Este artículo, por lo tanto, no pretende más que problematizar algunas interrogantes sobre la salud, poco abordadas hasta el momento.

Los daños a la salud han sido de muy variada índole. Entre los mencionados –además del enorme número de muertos– destacan los accidentes y sus secuelas, las enfermedades respiratorias y gastrointestinales y la patología mental.¹ A últimas fechas (42 días después del primer terremoto) el Subsecretario de Servicios de Salud, Dr. Jesús Kumate, ha mencionado los primeros brotes epidémicos de escabiasis (sarna) y la presencia de piojos en los albergues y campamentos para los damnificados.²

1 Informe de la Comisión Metropolitana de Emergencia. 19 de septiembre a 19 de octubre de 1985. Véase también Ignacio Almada Bay. "Pesar y Muerte en el Sector Salud". La Jornada. 28 de septiembre de 1985, p. 9.

2 El piojo infectado con rickettsias al alojarse en el humano y picarlo transmite la variedad más común de Tifo, el exantemático o epidémico. Esta es una amenaza que pende todavía sobre algunos grupos de la población.

* Publicado originalmente: Noriega, M. (1985). Las condiciones de salud en México y los terremotos de septiembre. Salud Problema, Primera Época, 11, 17-22.

Los sismos descubrieron muchas de las causas que producen enfermedades y muerte en los mexicanos, pero no como consecuencia de los desastres naturales, sino de las condiciones generales de vida. El desalojo de casas, la pérdida de viviendas y de mobiliario, la necesidad de generar nuevas formas de convivencia, la pérdida del empleo o los cambios de este solo agravaron algunas de las ancestrales y nuevas enfermedades.

El balance de la situación de salud a raíz del desastre, sin embargo, no se ha hecho. ¿Cuáles son en realidad los problemas de salud de los damnificados? ¿Quiénes son los muertos, los accidentados, los mutilados? ¿Se está haciendo algo para conocer la situación y para prevenir nuevos desastres? Estos no son problemas secundarios ni menores. Si las acciones que se tomen de aquí en adelante se generan con un criterio administrativo, como la mayoría de los programas de salud en nuestro país, y no con un criterio epidemiológico, sus efectos positivos serán muy escasos y la dilapidación de recursos humanos y materiales muy alta. Las catástrofes naturales pueden prevenirse si se está preparado para ellas.

Las cifras sobre muertos y heridos son muy poco confiables. El Secretario de Salud, Guillermo Soberón, aseguró que 6 mil personas murieron y 30

mil resultaron heridas.³ Se calcula que en desastres como el que hemos vivido, por cada persona rescatada viva hay entre 4 y 7 muertas.⁴ Lo que arrojaría, muy conservadoramente, entre 16 mil y 28 mil defunciones, dado que oficialmente se reportó el rescate de 4 mil 96 personas.⁵

No se han hecho estimaciones precisas sobre accidentados, mutilados y posibles secuelas invalidantes.⁶ Menos aún conocemos las enfermedades físicas, mentales y psicosomáticas que produjeron los sismos, así como cuáles de estas pueden resolverse en corto tiempo y cuáles tenderán a la cronicidad. Es técnicamente imposible conocer con exactitud los datos al respecto, pero es costumbre oficial minimizar los hechos, reducir las cifras, ocultar lo evidente. No solo es un problema de subregistro, inevitable en este caso, sino de ocultamiento conscientemente programado.

El temor de este gobierno para afrontar la realidad es cada vez más evidente. Su falta de legitimidad ante la sociedad y las repercusiones internacionales que esto tiene, le preocupan más que el cabal conocimiento de esa realidad para tomar acciones consecuentes con ella.

Los efectos de la información oficial han obligado a pensar que hay hechos muy graves que esconder y estos han ido saliendo a la luz en el transcurso de estas semanas. Así, por ejemplo, solo en el Hospi-

tal Juárez murieron, por lo menos, 900 personas⁷, trabajadoras de la costura fallecieron 600⁸ La Secretaría de Desarrollo Urbano y Ecología (SE-DUE) afirma que en el edificio Nuevo León solo fallecieron 166 personas, cuando los censos levantados por los propios colonos indican que las víctimas ascienden a 472.⁹ En el edificio de San Camilito, al lado de la Plaza Garibaldi, murieron 178 personas.¹⁰ “en el edificio de Tehuantepec número 12 murieron 85 personas, 35 heridos, de los cuales más de la mitad están muertos. El 90% de los habitantes de Tehuantepec número 12 quedó muerto”.¹¹ Solo en estos pocos edificios murieron más de una tercera parte de los oficialmente reportados.

“El sibilino lenguaje oficial propicia que las confusiones y la ignorancia prosigan. Así, la SEDUE afirmó que 634 inmuebles tuvieron daños, 182 están seriamente afectados. Y Arevalo Gardoqui divulgó que 62 construcciones se desplomaron, tres construcciones quedaron semidestruidas y ocho sufrieron daños menores.”¹²

Sin embargo, en el escueto informe oficial de la Comisión Metropolitana de Emergencia se afirma que hay 5 mil 728 inmuebles afectados, de los cuales el 47% tiene daños menores, el 38% “fracturas y desplome de la estructura” y el 15% presenta derrumbe parcial o total, es decir 859. Pero, cuatro párrafos adelante, el informe menciona que fueron 954 las edificaciones que sufrieron derrumbes, de las cuales el 60% era de uso habitacional.

3 La Jornada 5 de noviembre de 1985. p. 4.

4 Ignacio Alrnada Bay, conferencia impartida en el encuentro "Los Desafíos de la Reconstrucción". Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco. octubre 1985.

5 Informe de la Comisión Metropolitana de Emergencia. 19 de septiembre a 19 de octubre de 1985.

6 Entre los pocos datos que se han reportado se habla de 5 mil personas con necesidades de rehabilitación, por el machacamiento de una o más extremidades. El Universal, 3 de octubre de 1985. También se afirma que los principales problemas de los heridos son el tétanos y la gangrena gaseosa. El Sol de México, 8 de octubre de 1985.

7 La Jornada, 2 de octubre de 1985, p. 3

8 Eduardo Blanquel, "La Hora de la Verdad", La Jornada. 7 de octubre de 1985. p. 7

9 La Jornada, 4 de noviembre de 1985, p.9

10 Idem, 8 de noviembre de 1985, p. 9

11 Testimonio recogido a Judith Garcia por Elena Poniatowska. "A mi familia no la mató el sismo. la mato el fraude y la corrupción que auspicia el gobierno", Proceso, 4 de noviembre de 1985, p. 22.

12 Froylán M. López Narváez, Proceso, 4 de noviembre de 1985, p. 29.

Del total de los inmuebles dañados, el 65%, o sea 3 mil 723 y no 3 mil 745 como dice el Informe, eran habitacionales.¹³ Es sorprendente que en no más del 2% de las edificaciones destruidas haya casi el 40% de los muertos. Estas contradicciones hablan por sí mismas y permiten suponer que en lugar de desear un análisis útil y previsor de la situación, lo que se pretende es confundir y ocultar la magnitud del desastre y la responsabilidad que las clases que económica y políticamente gobiernan este país tienen en este suceso.

Otro hecho que de pronto se hizo evidente, pero que ha sido relegado por años, es el de la salud mental. Las manifestaciones van desde los brotes histéricos, como lógica consecuencia a la magnitud del desastre, hasta la neurosis traumática como un efecto de la sobretensión. Esta puede evolucionar a neurosis funcional, dando un cuadro patológico permanente. También se han agravado cuadros psicóticos o neuróticos preexistentes.

Por otro lado, se hicieron evidentes o se agravaron muchos de los problemas de salud mental y pública como son el alcoholismo y la drogadicción. Los llamados a la normalidad por parte del gobierno, las consecuencias de la cirugía reconstructiva y la invalidez también empeoran las enfermedades mencionadas o aumentan la frecuencia de estados depresivos y ansiosos, el consumo de sedantes o las enfermedades llamadas psicosomáticas, como la úlcera gástrica y la hipertensión arterial. Fue, como en muchos otros aspectos, notoria la ausencia del Estado para enfrentar los problemas relacionados con la salud mental de la población.¹⁴

¹³ Informe de la Comisión Metropolitana de Emergencia. 19 de septiembre a 19 de octubre de 1985.

¹⁴ Mario Campuzano. Reunión sobre los efectos de los sismos en la salud celebrada en la UAM-X, octubre 1985.

Las secuelas incapacitantes, producto del gran número de heridos graves, resaltan la carencia de profesionales, equipo y hospitales capacitados en rehabilitación. En situaciones “normales”, la demanda rebasa con mucho las necesidades de la capital. Dada la tragedia presente son totalmente insuficientes.

Una interpretación más cabal de la situación sanitaria a raíz de los sismos requiere no solo del balance de las instituciones asistenciales perdidas, su costo económico o la falta de atención médica que traerá consigo, sino un análisis de cómo estos problemas se distribuyeron en la población, de sus principales causas, de los efectos a corto, mediano y largo plazos y de la respuesta social que ha generado.

1.-Los grupos sociales más afectados. Se ha hecho visible lo obvio. La población que no tienen ningún tipo de protección ni de seguridad, que no son ni asalariados (ya que es un privilegio actualmente en nuestro país), los milusos, los multi-chambas fueron los más dañados. Estos grupos no tienen parientes que los cobijen porque también estos perdieron sus casas. Tampoco pudieron rescatar a muchos de sus muertos, ni sacar a sus heridos porque carecen de documentos que los identifique. Las leyes, la constitución, la ley federal del trabajo (así con minúsculas) o cualquier otra no les sirve porque ni saben usarla, ni se usa nunca para ellos. La Secretaría de Salud no les llega y tampoco les preocupa que exista el derecho a la salud, porque nunca van a gozar de él. A estos damnificados les dieron consulta gratis en una actitud humanitaria y solidaria los trabajadores de la salud. A veces en contra de algunas autoridades de instituciones asistenciales. Recibieron medicinas gratis gracias al temblor y hasta salieron en la

televisión, también gracias al temblor.

Otro grupo que sufrió graves consecuencias fue el de los obreros. Principalmente aquéllos que nadie sabía que existían, ni los patrones, ni el gobierno, ni las cúpulas obreras. Las trabajadoras de la costura que ninguna central conocía, aunque estaban sacrificándose como “ todos los demás ciudadanos mexicanos” para salir de la crisis. Estas obreras, además de rescatar a sus muertos y heridos, tuvieron que pelearse con la policía, con el ejército, con los patrones, con el gobierno y con los charros sindicales para no quedarse sin trabajo, sin indemnización y sin seguir siendo explotadas. Además tuvieron que cuidar las pertenencias de sus patrones a las puertas de las fábricas como si estuviera en huelga, para que los dueños no sacaran la maquinaria y dfe organizarse para defender sus derechos más elementales contra el gobierno, los patrones y las centrales obreras oficiales que intentan dispersarla, dividirlas y corromperlas. Los burócratas son otro más de los grupos que sufrieron serios problemas de salud y que han sufrido en todo su rigor los efectos de la crisis. Vivían en Tlatelolco, el Centro y la Colonia Roma antes del 19 de septiembre. Estos trabajadores, ahora muchos desempleados, otros más sin seguridad en el empleo o amenazados de perderlo, con sueldos miserables, ahora perdieron su vivienda y además padecen enfermedades físicas y mentales de consideración. En la Ciudad de México, también los trabajadores de la salud también fueron muy golpeados. No sólo por la pérdida del empleo o por el exilio de la Ciudad, sino por las cuantiosas pérdidas humanas y las consecuencias para los sobrevivientes.

Además de las anteriores, otras personas fuera de la Capital resintieron los efectos del desastre. Entre estos se hallan los habitantes de Lázaro Cárdenas que, aunque no tuvieron pérdidas irre-

parables muy cuantiosas ni en sus personas, casas o pertenencias presentan una situación de consecuencias incalculables para su salud. Pende la amenaza de explosiones, derrumbes, fugas de gas o intoxicaciones masivas que pueden ocasionar la Siderúrgica enclavada en esa Ciudad. Con los terremotos se fracturó la Presa Lázaro Cárdenas y existe la posibilidad de que se desborde e inunde algunas zonas de la propia ciudad. Además, en la planta Siderúrgica se abrieron grietas hasta de dos metros de profundidad, se dañaron algunas áreas importantes de trabajo y se ladeó uno de los gasómetros, el más grande (80 metros de altura), que contiene monóxido y bióxido de carbono a alta presión. Los edificios derrumbados fueron pocos, sin embargo, las construcciones mayores de un piso en gran parte resultaron afectadas.

De esta forma se ha producido la salida de esa población de muchos trabajadores y de sus familias, que no tienen otro incentivo para permanecer ahí, dadas las deficientes condiciones de trabajo, que recibir un salario para sobrevivir.

2.-La respuesta organizada e independiente de la población a los problemas sanitarios.

Esta respuesta que se generó a los pocos minutos de la tragedia: actividades de salvamento de los habitantes de las zonas mas dañadas y recuperación de cadáveres, se acompañó de una participación muy activa de médicos y enfermeras tanto en la prevención como en la atención y curación de los heridos y enfermos. Estas acciones inmediatas fueron espontáneas y pusieron en tela de juicio las capacidades y funciones del Estado Mexicano. Pero además demostraron, como sucede en todos los países latinoamericanos, que la máxima que dice “cada pueblo tiene el gobierno que se merece” es una falacia.

Las formas en que han derivado estas luchas por la salud y por la vida, la conciencia que ha creado en muchos grupos de la población y la demostración de la capacidad del pueblo mexicano para aspirar a mejores condiciones de vida, todavía no la conocemos. Pero, seguramente, habrá cambios amplios y profundos de la vida social en nuestro país. Las primeras manifestaciones de ésto ya están apareciendo con las organizaciones vecinales y de los trabajadores.

El Estado, como en otras ocasiones, frenó y bloqueó la participación, fuera ésta espontánea u organizada. Además, se esforzó en hacer llamados a la “normalización”, es decir, a la pasividad, a la no participación.

3.- La atención medico-sanitaria. La generación vertical y autoritaria de las políticas de salud ha sido, quizá con algunas excepciones, la constante de los gobiernos postrevolucionarios en nuestro país. La participación que promueve el Estado trata de ajustarla a su modelo de práctica médica y la usa con fines hegemónicos, para adquirir consenso.

Bajo este modelo, parecería que la mayor pérdida se dio en el terreno de la medicina curativa; sin embargo, ésta, a pesar de las irreparables pérdidas humanas y materiales, no repercutió en la población. Por el contrario, se les dio atención médica a personas que nunca habían tenido la posibilidad de ella. Asimismo, se confirmó, una vez más, que el primer nivel podía controlar gran parte de los hechos mórbidos. Desgraciadamente, la pérdida parcial de un sistema de atención sanitaria basado en un modelo reparador de enfermedades no va a mejorar la salud colectiva de los mexicanos. Agradable sería pensar que los servicios médico-asistenciales pudieran solucionar estos eternos problemas.

Este modelo considera los aspectos preventivos de manera muy secundaria, lo que impide un control real de la mayor parte de la patología. Sin embargo, pese a un muy deficiente sistema de vigilancia epidemiológica se pudieron evitar, por lo menos hasta ahora, epidemias graves. Se demostró que con medidas muy básicas como fumigar o hervir el agua, aunado a la capacidad de resistencia de la población, esto es posible.

Pero la verdadera prevención sanitaria, aquélla que ataca las causas fundamentales de enfermedad y muerte y permite la transformación colectiva de las condiciones nocivas, ésta sí que ha empeorado y sólo una parte muy pequeña de culpa la tienen los terremotos. Las condiciones nocivas de trabajo, el salario ínfimo, el desempleo, la alimentación deficiente, las viviendas insalubres, etc. van a seguir prevaleciendo y seguramente agravándose, pero ahora ya tienen un pretexto: los desastres naturales.

4.- Causas y efectos sociales. A manera de conclusión. Los terremotos mostraron, más que en ningún otro momento, que las verdaderas causas de las formas de enfermar y morir de la población no son de origen natural, aunque un fenómeno natural haya sido el que las hizo patentes, sino de origen social, económico y político. También demostró que los efectos en la salud no se presentan de manera igual para todos ya que las clases sociales con peores condiciones de vida fueron las más afectadas.

Hizo patente, además, la incapacidad de los “gobernantes” mayores y menores para enfrentar problemas “naturales” y “sociales” de importancia. Mostró, pero ahora de una manera más drástica, el alto grado de corrupción de los gobiernos de la “revolución” y de la “moralización”. Puso

en evidencia la importancia que para los dueños del capital tienen los trabajadores del país.

Enseñó, por otro lado, la falacia tantas veces sostenida por la clase gobernante de la libertad y el ejercicio democrático. Quedó claro ahora para todos el bloqueo sistemático y constante a éstas. La vigilancia policiaca y del ejército a los damnificados, la obstaculización a los habitantes de la Ciudad en las labores de rescate, la imposición en las decisiones y el autoritarismo ejercido para controlar cualquier intento independiente de organización y de resolución de problemas fueron una palpable muestra de esto.

Por todo ello, un plan de reconstrucción no puede dejar de lado: a) la posibilidad de participación y defensa organizada de la población como una primera posibilidad de enfrentar los desastres naturales y sociales; b) canalizar los recursos del fondo de reconstrucción para la solución de algunas de las causas más urgentes y apremiantes

para la salud de la población; c) generar un registro adecuado e información confiable sobre los daños a la salud por el sismo; d) es urgente tomar medidas para prevenir nuevos desastres, muchos de los cuales ya están en marcha. El próximo “desastre natural”, de causas y efectos sociales, ya lo estamos padeciendo los capitalinos y será de consecuencias mucho mayores que las que acabamos de pasar: el ecocidio.

Sería absurdo no tomar todas las medidas que se requieren para prevenir nuevas catástrofes “naturales”. Ahora, más que nunca, que se conoce su magnitud sería un crimen no hacer algo radical al respecto. Las necesidades más y más postergadas sobre empleo salario, vivienda, alimentación, sobre agua y drenaje, sobre la atención curativa y preventiva se agravan cada día más y ya no pueden esperar. La defensa y la lucha por la salud forma parte de todos estos problemas.

Noviembre 1985

Violencia, mujer y planificación familiar*

Catalina Eibenschutz H.**

El objetivo de este artículo es demostrar que el programa de planificación familiar (PPF) en México es una expresión más de la violencia contra la mujer.

Para demostrar esta aseveración es necesario hacer algunas consideraciones previas, entre las cuales está reconocer que la planificación familiar tiene dos vertientes: la individual y la colectiva, y es necesario aclarar sus diferencias.

La individual es aquella que utiliza los avances de la ciencia para ponerlos al alcance de la población, de modo que por decisión personal o de pareja, se usen o no cierto tipo de medidas anticonceptivas para tener el número de hijos que se decida libremente. En este caso, sin embargo, la decisión más importante a nuestro juicio le corresponde a la mujer, quien dada la estructura social será la responsable a largo plazo de los hijos que tenga; aún en los casos de tener una pareja estable. Sería un error oponerse a esta vertiente de la planificación familiar o al derecho de la pareja o de la mujer para decidir libremente el número de hijos y el momento adecuado para tenerlos.

La vertiente colectiva de la planificación familiar, consiste en la intervención gubernamental para planear el crecimiento demográfico de un país en función del modelo de acumulación eco-

nómica, o de medidas de carácter político. El programa de planificación familiar en México se inscribe en esta vertiente y se ejerce por coerción sobre las mujeres y de manera selectiva para la población indígena y grupos marginados.

Desarrollo y natalidad

A este respecto vale la pena recordar la historia de los países desarrollados como Francia, Alemania y Suiza, donde el crecimiento demográfico está llegando a cero o es menor de cero, lo que representa un problema social severo que se ha dado en llamar la “inversión de la pirámide poblacional” y que tiene importantes manifestaciones en el ámbito económico por falta de fuerza de trabajo. La interpretación más aceptada de esta enorme disminución de la natalidad es que se debe a la incorporación de la mujer al trabajo como rasgo característico del desarrollo económico de estos países.¹

Por otra parte, estudios realizados en México, como el de Cardacci² con obreras, demuestran que el aumento de mujeres usuarias del PPF se debe a su incorporación al mercado del trabajo.³

*Publicado originalmente: Eibenschutz, C. (1989). Violencia, mujer y planificación familiar. *Salud Problema*, Primera Época, 17, 33-36.

** Maestra en Medicina Social. UAM-X

1 Convengo Internazionale Delle Donne, "Produce e Reproduce" Torino, Italia, abril 1983.

2 D. Cardacci, Tesis para obtener el título de Maestría en Medicina Social. Educación para la Salud en el Área Materno Infantil, junio 1979.

3 A. Garduño y J.C. Rodríguez, Salud y doble jornada: Taquilleras del Metro, octubre, 1988 (mimeo).

En cambio, la sustentación teórica del programa de planificación familiar en México, invierte el análisis y plantea que para poder crecer económicamente es necesario disminuir la natalidad y el crecimiento de la población, lo cual constituye lo que se denomina una “interpretación perversa” y que como se verá más adelante, no ha dado los resultados esperados en el ámbito económico, a pesar de haber logrado una baja significativa en el crecimiento poblacional.

Política de planificación familiar en México

Según declaración de J. Martínez Manatou, responsable del PPF en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), “La planificación familiar como acción organizada, surgió en la mayoría de nuestros países, principalmente como una respuesta para armonizar el crecimiento de la población con las posibilidades de crecimiento económico y social...”⁴

Vale la pena recordar que en los años 70 la Fundación Ford tenía un fideicomiso con el Departamento de Investigación Científica (DIC) del IMSS para probar anticonceptivos hormonales en mujeres mexicanas, mientras que en el Hospital de Gineco-Obstetricia del Centro Médico Nacional, también del IMSS, a sólo 100 metros del DIC, se prohibía el uso de anticonceptivos, aun a las mujeres con severos trastornos genéticos cien por ciento heredables; y naturalmente se les negaba el derecho al aborto terapéutico, aceptado legalmente en teoría, por considerar que no constituía “indicación médica”.

4 J. Martínez Manatou, ¿Qué es un programa de Planificación Familiar?, IMSS, Temas de Planificación Familiar 1987, p. 7.

Aborto y programa de planificación familiar

Las contradicciones entre el PPF y la política sobre el aborto son evidentes, y no han sido resueltas hasta el momento actual. Por otra parte se impulsa el PPF y no se modifica el criterio médico ni humano sobre el aborto, ni siquiera en los términos legales aceptados del aborto terapéutico.

Es importante aclarar que no considero el aborto como un método de planificación familiar, pero sí como una medida que resuelve los fracasos de cualquier método anticonceptivo y sobre todo, como un derecho de la mujer sobre su propio cuerpo y como una obligación del Estado, a través de los Servicios de Salud.

En el análisis de costo/beneficio del PPF,⁵ se señala que este programa ha disminuido la tasa de complicaciones de abortos en el IMSS de 5.46 por mil derechohabientes en 1972 a 2.51 en 1986. En la prensa se denuncia que el número de abortos ilegales en México es de 1.5 millones⁶ y el sector salud sólo registra los abortos complicados, este dato es sin duda un resultado positivo del programa, pero a nuestro juicio debería acompañarse de una política coherente sobre la responsabilidad institucional en el aborto como solución al fracaso de los métodos anticonceptivos, y así resolver el problema y el riesgo que representa el aborto en condiciones ilegales y riesgosas. (Ver gráfica 1).

La historia reciente sobre la política de natalidad en México revela⁷ que en los años 60 la opinión sobre la familia numerosa era favorable, no sólo

5 J. Martínez Manatou, Análisis del costo/beneficio del programa de Planificación Familiar del IMSS, México 1987, p. 63.

6 I. Meléndez, Periódico El Nacional, 16 diciembre 1988.

7 V.B. de Marquez, "El proceso social en la formación de políticas: el caso de la planificación familiar en México", Estudios Sociológicos de El Colegio de México, vol. 2 núm. 5 y 6 mayo-diciembre de 1984, pp. 309-333.

Gráfica 1
Tasas* de partos y de complicaciones de abortos
atendidos en los servicios del régimen ordinario
del IMSS 1972-1986

Años	Partos Tasas	Abortos Tasas
1972	40.81	5.46
1973	39.48	5.32
1974	38.14	4.90
1975	35.18	4.55
1976	33.09	4.25
1977	32.32	4.00
1978	31.37	3.67
1979	31.56	3.49
1980	31.68	3.23
1981	29.38	2.96
1982	29.61	2.78
1983	29.80	2.85
1984	29.61	2.96
1985	27.81	2.64
1986	26.34	2.51

* Tasas por mil derechohabientes.

Fuente: Sistema Único de Información del IMSS.

desde el punto de vista ideológico, sino también del económico. Es a partir de 1974 que se decreta la nueva Ley de Población y se crea el Consejo Nacional de Población. Este es el momento en que el Estado se plantea la necesidad de controlar los nacimientos y “adecuarlos al modelo económico”. Así, en 1977 se establece la meta demográfica de reducir la tasa de crecimiento de 3.2% en 1976, a 2.5 en 1982, y a 1.9 en 1988 hasta llegar a 1% en el año 2000. Estas metas requieren de medidas drásticas y coercitivas sobre la población y así se han venido dando.

Efectos “colaterales” del programa de planificación familiar

La campaña de los medios masivos de comunicación, parte fundamental del PPF, ha conseguido

varios efectos colaterales dignos de señalar, además de controlar la tasa de natalidad, entre ellos:

- a. Hacer creer a la población que “la familia pequeña vive mejor”.
- b. Culpabilizar a la mujer que se embaraza por cometer un “delito” contra el país.
- c. Aceptar métodos quirúrgicos definitivos (salpingoclasia y vasectomía).
- d. Disminuir la presión de las luchas reivindicativas por mas servicios sociales para las madres y sus hijos.

1. En cuanto al *slogan* de “la familia pequeña vive mejor” puede ser cierto en el ámbito urbano, pero no en el medio rural, donde, como señala O. López Arellano en este mismo número, el programa es más intenso y coercitivo.

Hay varias investigaciones en el medio rural mexicano donde se observa que la diferenciación social en sentido de crecimiento económico, se da en relación directa al número de hijos en cada familia, que constituyen fuerza de trabajo que permite cierta acumulación económica en el núcleo familiar.

2. En cuanto a la política que tiende a que la mujer embarazada se sienta culpable, es claro que a pesar de que la tasa de crecimiento poblacional ha disminuido enormemente de 3.5% a 1.9% en 10 años, la crisis económica se ha agudizado violentamente y afectando el nivel de vida de la población, con la pérdida real del 50% del poder adquisitivo de los trabajadores asalariados en sólo seis años. No se puede continuar culpando a los mujeres de la crisis económica del país, cuando ésta se debe al modelo económico impulsado por

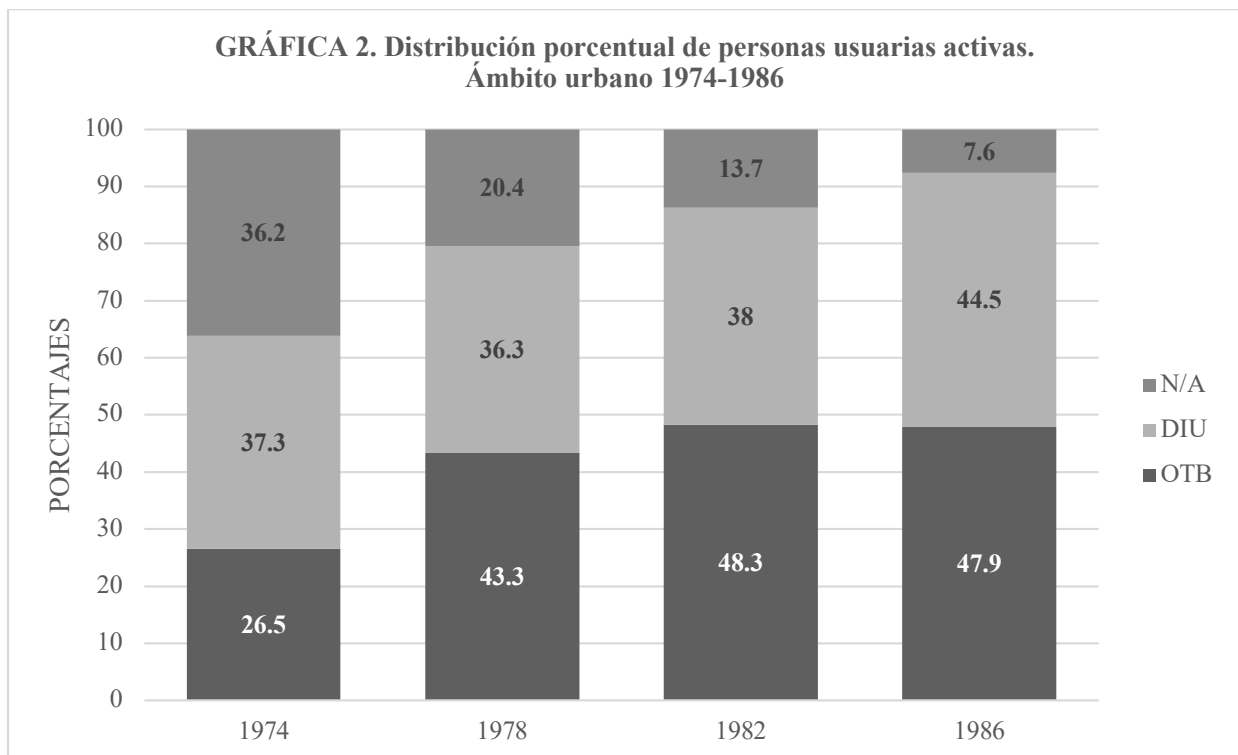
el gobierno durante el sexenio pasado y actual, que privilegia el pago de la deuda externa sobre las necesidades de la mayoría del pueblo mexicano y que refuerza el mismo modelo de acumulación mediante la entrega de la planta productiva a los intereses capitalistas extranjeros.

3. La creciente utilización de métodos quirúrgicos definitivos, con conocimiento o no de las mujeres mismas, es tal vez la expresión más clara de coerción que lleva a una política selectiva por clase y grupo social, (ver gráficas 2 y 3) bajo el supuesto de que se utilizan los métodos quirúrgicos definitivos a solicitud de las usuarias, cuando en realidad son el resultado de la presión de los medios de comunicación y de los médicos sobre las mujeres, con frecuencia en el momento del parto.

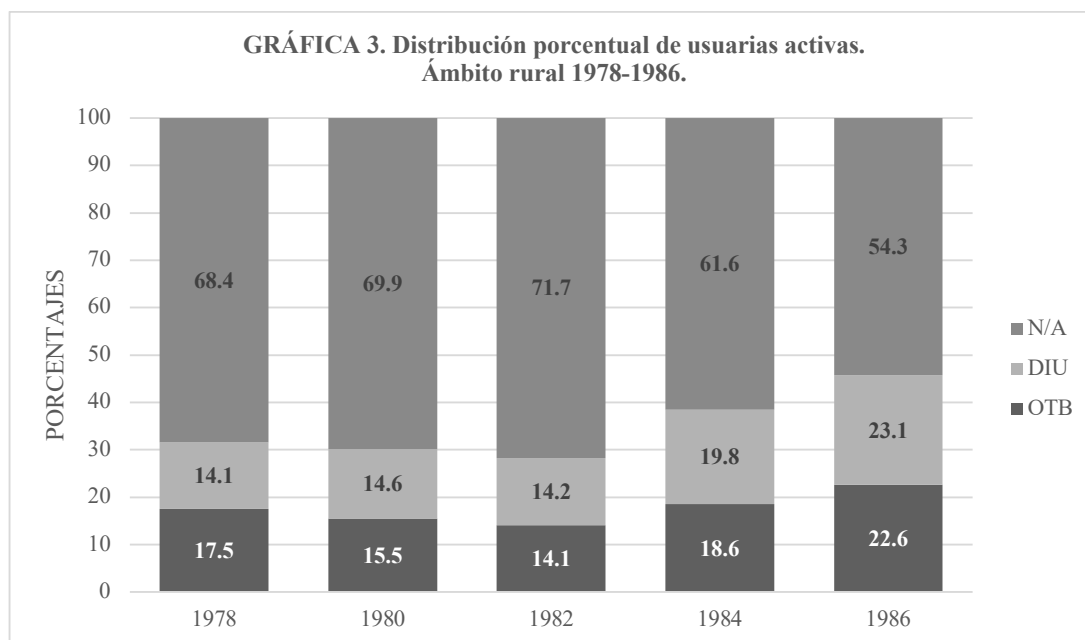
4. Las luchas reivindicativas por aumentar los servicios sociales para las madres trabajadoras y sus hijos han sido reorientadas por este programa hacia las soluciones individuales; con la misma política, hasta algunos grupos feministas, plantean que la liberación de la mujer y su incorporación al trabajo son el resultado de renunciar a la maternidad.

Complicaciones médicas de los métodos anticonceptivos

Sobre este punto no contamos con estadísticas oficiales, pero quisiéramos señalar algunas denuncias puntuales:



Fuente: ¿Qué es el Programa de Planificación Familiar?, IMSS, editor Jorge Martínez Manautou, p. 78



Fuente: ¿Qué es el Programa de Planificación Familiar?, IMSS, editor Jorge Martínez Manautou, p.79

En Culiacán, Sinaloa y en otros lugares del país, los médicos del IMSS reciben órdenes de colocar dispositivo intrauterino (DIU) después del parto, lo cual produce frecuentemente perforaciones de útero o incrustación en la pared del mismo, con sangrado profuso y necesidad de cirugía que puede llevar a la histerectomía.

El uso de hormonales depende frecuentemente de la donación de píldoras de diferentes laboratorios multinacionales, con proporción variable y concentración hormonal, sin tomar en cuenta las contraindicaciones para algunas usuarias ya que puede producirles trastornos severos en el sangrado uterino.

En muchas ocasiones los métodos quirúrgicos definitivos (salpingoclasia) son aplicados sin consultar a la paciente, y en otras esta consulta se hace durante el trabajo de parto, que es un mo-

mento de suma fragilidad para la mujer, la cual acepta con mayor facilidad un método definitivo.

Crisis en el sector salud y programa de planificación familiar

El PPF es el único programa del Sector Salud que no ha sufrido recortes presupuestales, mientras que el resto de programas preventivos, (incluyendo la vacunación triple que ha alcanzado solamente el 50% de cobertura) han sufrido recortes significativos, mientras que el PPF es actualmente el programa prioritario del sector salud.

Conclusiones

1. El PPF se está desarrollando con claras características de violencia contra la mujer sin que hasta ahora haya demostrado beneficio económico ninguno para el país.

2. El PPF se prioriza en primer lugar, frente a otros programas preventivos y curativos que sí se han visto afectados por el recorte de 45% del gasto en el Sector Salud⁸, reconocido por la SS (Secretaría de Salud).

3. Los métodos quirúrgicos definitivos han ido en alarmante aumento, sobre todo en poblaciones indígenas, lo cual ha creado problemas al interior de las comunidades.

4. La indicación de colocar el DIU después del parto o el aborto pone en peligro la vida de las mujeres.

5. El número de esterilizaciones definitivas va en aumento.

6. No se ha modificado la política sanitaria respecto al aborto.

7. No se ha logrado consolidar un movimiento social que se oponga a esta política demográfica y económica.

⁸ GES, Elementos para un balance de la política de salud 1982-83, México 1988, (en prensa. UAS).

Política de salud e impacto epidemiológico*

José Blanco Gil** • Oliva López Arellano***

Introducción

En México, las características neoliberales del modelo económico adoptado explícitamente desde 1982, han profundizado la precariedad de las condiciones de vida y de trabajo de grandes grupos de población, incrementando la desigualdad. La depresión salarial, el incremento en las tasas de desempleo y el replanteamiento de la política social son hechos constantes en los años ochenta.¹

El viraje neoliberal de la política social se expresa en la redefinición de los vínculos Estado-sociedad. Se recorta el gasto social, se desplaza la responsabilidad estatal de garantizar los derechos sociales constitucionales (salud, educación, empleo, etcétera) hacia diversos grupos y se plantea el desmantelamiento de la vertiente “de bienestar” (restringida y excluyente) que el Estado mexicano había desarrollado en las cuatro décadas anteriores.

Esta transformación (léase modernización) de la política social, se plantea a través de una propuesta eficientista que pretende racionalizar los recursos, abaratar los costos, simplificar aún más la prestación de servicios, y redefinir las poblaciones hacia las que se orienta.

La política sanitaria -ámbito particular de la política social- es modelada de 1982 a la fecha, a la luz de la disminución del presupuesto destinado al sector salud, la descentralización sin recursos, la privatización, el traslado del costo de los servicios al usuario, el fomento del autocuidado y la insistencia en la culpabilidad individual en la generación de la enfermedad.²

Estos rasgos característicos de la política sanitaria en la década de los ochenta han producido el desmantelamiento de los programas de control de enfermedades, reducido la limitada eficacia de las medidas epidemiológicas puntuales y potenciado el deterioro de la salud producto de la crisis económica.³

¹ López Arellano, O. "La Política de salud en la crisis. México 1982-1988". Trabajo presentado en el Seminario Saúde e Políticas Sociais na América Latina, Río de Janeiro, agosto de 1990.

* Publicado originalmente: Blanco Gil, J. y López Arellano, O. Política de salud e impacto epidemiológico. Salud Problema, Primera Época, 20, 19-28.

** Profesor investigador, UAM-X, Coordinador Académico, Centro de Estudios en Salud y Política Sanitaria A.C.

*** Profesor asociado UAM-X. Secretario General, Centro de Estudios en Salud y Política Sanitaria A.C.

² *Ibid.*

³ La mayor parte de los planteamientos sobre regresión sanitaria han sido desarrollados en: Blanco Gil, J. y D. López Arellano. "De la transición epidemiológica a la epidemiología de la crisis" en: La política sanitaria mexicana en la década de los 80, Colectivo CES-Fin de Siglo, 1990.

La experiencia sanitaria demuestra que la práctica médica, aún cuando no es determinante en el comportamiento de los perfiles patológicos generales, tiene un impacto relativamente inmediato sobre algunas enfermedades con acciones de control específicas y simplificadas. Las experiencias internacionales (Bangladesh, Costa Rica, Cuba, Nicaragua, Chile, etcétera) han mostrado descensos importantes en algunos indicadores de mortalidad de la población infantil como resultado de acciones puntuales como la vacunación, la rehidratación oral, la alimentación complementaria y la atención prenatal.

Ante estas evidencias, se reconoce que la intervención sanitaria es capaz de modificar -limitadamente- el comportamiento epidemiológico de algunas enfermedades y en diversos casos de impedir el paso de la enfermedad a la muerte. Sin embargo, el desmantelamiento de programas de control de enfermedades, como consecuencia de la disminución del gasto en salud, y de la modernización del sector, afecta la viabilidad y la eficacia de las medidas epidemiológicas puntuales.

En México, la regresión sanitaria en la década de los ochenta puede ejemplificarse con el incremento en la incidencia del paludismo; con las epidemias de sarampión en 1985 y en 1989-90; con el incremento de la mortalidad preescolar por desnutrición; con el riesgo inminente de una epidemia de dengue hemorrágico; con la imposibilidad de erradicar la poliomielitis en 1990 -compromiso del gobierno mexicano ante la Organización Mundial de la Salud, y, con la profundización de los diferenciales de salud entre grupos sociales y regiones.⁴

4 Blanco Gil, J y O. López Arellano: "El impacto epidemiológico de la política económica". Ponencia presentada al I Foro Nacional de Economía, Partido de la Revolución Democrática, marzo de 1990.

El triunfalismo gubernamental vs el desastre sanitario

A pesar de los hechos comentados en el párrafo anterior, el discurso gubernamental en salud⁵ continúa signado por el "triunfalismo epidemiológico" y afirma, entre otras cosas, que:

- Se reforzó la prevención a través de los "Días Nacionales de Vacunación".
- Están en marcha programas para "erradicar enfermedades seculares que no tienen razón de existir".
- Se reforzó el fomento a la salud fundamentalmente dirigido a las mujeres y a los niños.

En contraste, información actualizada -generada por el propio sector salud- permite cuestionar estas afirmaciones y mostrar la distancia entre la política declarativa y los hechos. Reconociendo las dificultades para realizar una evaluación suficiente de la situación sanitaria actual⁶ en México, se presentan a continuación algunos hechos significativos que la epidemiología oficial se niega a reconocer.

Es frecuente que los indicadores de morbilidad sean desdeñados pues, se aduce que, los problemas para el diagnóstico, registro y clasificación, sumados al hecho de que se trata de morbilidad por demanda de atención anulan su utilidad. Sin embargo, la diferencial observada en los últimos

5 Como ejemplo, pueden citarse: El Plan Nacional de Desarrollo, el Apartado sobre "Salud y Seguridad Social" del Primer Informe de Gobierno, 1989 y la información sobre morbilidad y mortalidad del Anexo al mismo informe presidencial.

6 Uno de los problemas más frecuentes cuando se trabaja con información en salud es la falta de oportunidad con la que los datos son publicados. Por ejemplo, los últimos datos desagregados de mortalidad corresponden a 1986 con excepción de las emergencias epidemiológicas (SIDA y sarampión).

20 años- entre la tendencia ascendente de la morbilidad y la tendencia descendente de la mortalidad hace necesaria la inclusión de ambos indicadores para aproximarse a la realidad sanitaria del país.

La mortalidad como indicador extremo es insuficiente para evaluar las condiciones de salud de los grupos humanos. El hecho de que la mortalidad descienda no significa, necesariamente, que la población tenga mejores condiciones de salud puesto que, en muchos casos, sólo se evita el paso de la enfermedad a la muerte.

El primer informe del gobierno de Salinas de Gortari (1989) hace una sola referencia sobre casos agrupados gruesamente en “enfermedades transmisibles” sin presentar la tasa de morbilidad, aduciendo que el denominador no es confiable.⁷

En esta última afirmación, se reconocen implícitamente las inconsistencias en los datos de cobertura de las instituciones sobre cuya base se deberían calcular las tasas. Sin embargo, cuando se calcula la morbilidad -con todas las limitaciones que esto implica- se observa una tendencia ascendente en la incidencia de este grupo de padecimientos.

Por tratarse de morbilidad por demanda, se podría argumentar que este incremento se debe a un mejor registro y/o al aumento en la notificación de casos por la ampliación de la cobertura. Con objeto de mostrar que la tendencia ascendente de la morbilidad no depende de manera directa del incremento de la base poblacional que demanda atención, se comparó la tasa de incidencia de enfermedades transmisibles, usando como denominadores: la cobertura potencial y la población

general del país. En esta comparación se observa que el comportamiento de la incidencia es muy semejante, variando únicamente la frecuencia del problema.

Cuadro 1
Morbilidad general por enfermedades transmisibles
México, 1982-1988

Año	Tasa* Población general	Tasa* Población cubierta
1982	12 039.9	19 200.3
1983	13 988.8	22 000.1
1984	15 800.7	23 400.6
1985	17 549.8	25 599.9
1986**	18 800.2	26 933.4
1987**	20 074.3	26 158.9
1988**	21 866.3	27 415.0

* Por 100 mil habitantes.

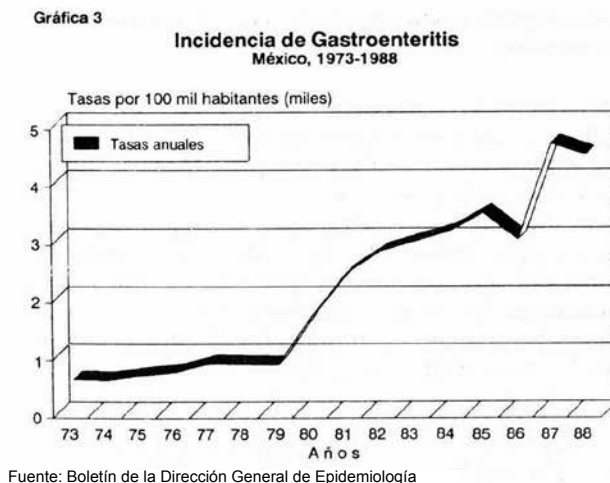
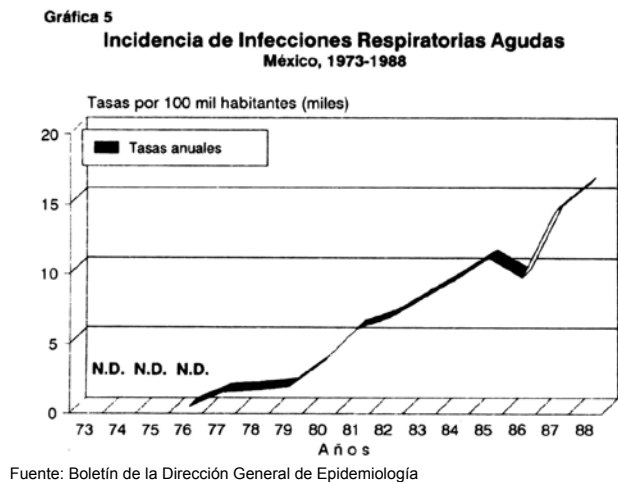
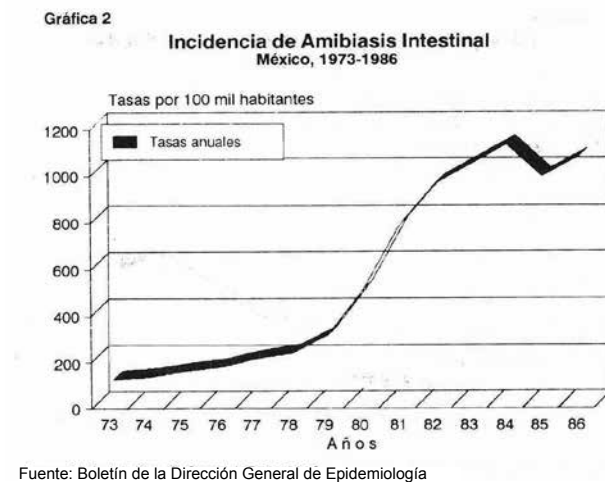
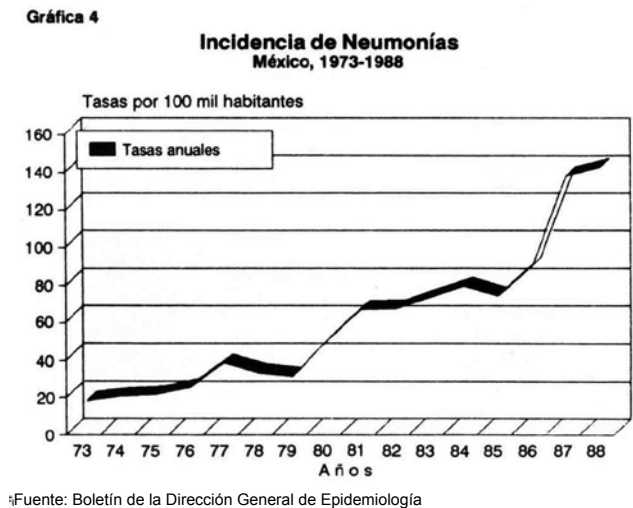
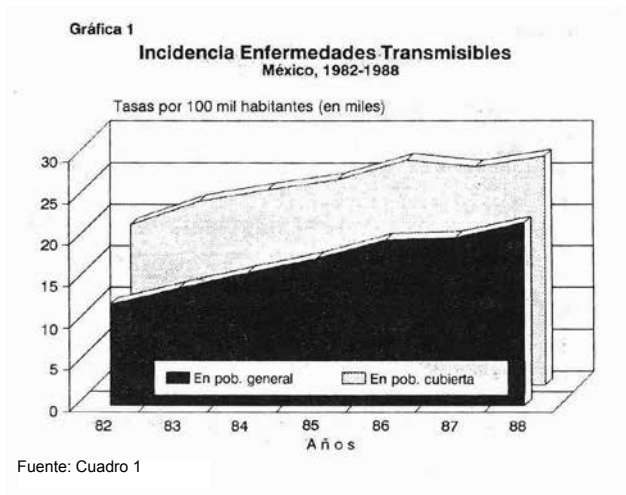
** Boletines de la Dirección General de Epidemiología, SSA.

FUENTE: Cálculo propio con base en los casos de enfermedades transmisibles consignados en el anexo estadístico del *Primer Informe de Gobierno*, México, noviembre de 1989.

Por otra parte, las coberturas presentan un ascenso gradual de 1980 a 1988, que no se corresponde con el incremento acelerado en la incidencia de los padecimientos transmisibles seleccionados.

En el periodo 1973-1988, las enfermedades más directamente ligadas a las condiciones materiales de vida presentan una morbilidad en ascenso. incremento en la incidencia de padecimientos como amibiasis, gastroenteritis, infecciones respiratorias agudas y neumonías se manifiesta desde 1978. Sin embargo, la tendencia francamente ascendente se presenta en los últimos años.

⁷ Anexo al Primer Informe de Gobierno, 1989. "Salud y Seguridad Social". Poder Ejecutivo Federal, México, noviembre de 1989.



Enfermedades seleccionadas prevenibles por vacunación

El sarampión en México ocupa un lugar importante dadas sus características de presentación, transmisión y complicaciones y, sobre todo, por la relativamente fácil manera de prevenirlo.

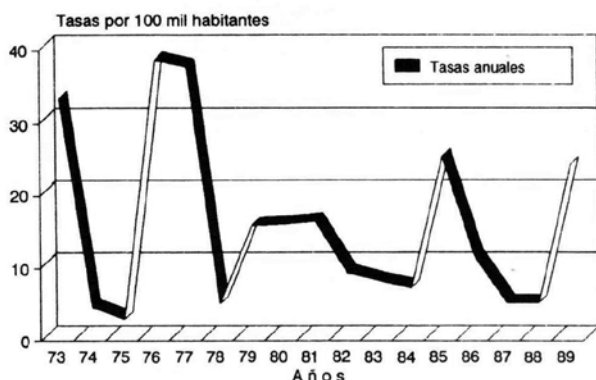
El uso masivo de la vacunación antisarampionosa marca una reducción importante en la incidencia por sarampión en el país. “Los registros de la enfermedad mostraban que hasta 1972, los casos se

habían presentado en el rango de 34 mil a 61 mil por año”.⁸ Para 1973, año en que se inicia la vacunación masiva, el número de casos disminuye a 19 mil. En 1974 se registran 2 mil casos y 1 800 en 1975.

La observación del sarampión muestra un comportamiento errático pero con una tendencia descendente de 1973 a 1981. En los años de 1984 y 1985, las coberturas de vacunación son insuficientes, fluctuando entre 66.2 y 69.8%, favoreciendo así la aparición de la epidemia de 1985.⁹ Es justamente en este año cuando se observa un incremento en la morbilidad por sarampión, que coloca al país en una situación sanitaria semejante a la de 1977. En 1986, la tasa es de 11.1 por 100 mil habitantes y la presentación epidémica vuelve a producirse en 1989. En el periodo 1982-1989, se observa una tendencia ascendente.

Gráfica 6

**Incidencia de Sarampión
México, 1973-1989**



Fuente: Boletín de la Dirección General de Epidemiología

8 Meneses, F. y col.: "La investigación epidemiológica del sarampión en México", Boletín de la Dirección General de Epidemiología, Ssa, vol. 4, núm. 6, México, 1989, p. 86.

9 Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), "Sistema Nacional de Salud en México. Control del sarampión". Trabajo presentado en la VIII Reunión del Grupo Técnico Asesor del PAI y la erradicación de la polio, México, marzo de 1990.

De enero de 1983 a enero de 1989, se notifican en el país 138 brotes que afectan a 23 entidades federativas. El mayor número de ellos se presenta en el año de 1985.¹⁰

La actual epidemia nacional de sarampión, cuyos primeros casos aparecen en mayo de 1989, constituye una emergencia epidemiológica que, al final de ese año, afecta a todos los estados de la República con un total de 200 brotes registrados. Según datos publicados por la Dirección General de Epidemiología, en 1989 se notificaron 20 076 casos con una tasa de 23.8 por 100 mil habitantes.¹¹ En 1988 (año no epidémico), la tasa fue de 4.7 por 100 mil habitantes (3,908 casos); es decir, comparativamente, el número de casos en 1989 se quintuplica.

Los estados más afectados por la epidemia son: Nayarit, Oaxaca, Guerrero y Querétaro, con tasas de morbilidad de 96.2, 59.5, 56.1 y 54.8, por 100 mil habitantes, respectivamente.¹²

Además del incremento en la incidencia de sarampión, el ascenso esperable de la mortalidad por sus complicaciones ensombrece el panorama sanitario. La tasa de letalidad en 1989, es de 6.6 defunciones por cien casos con un total de 1300 muertes aproximadamente, que rebasan con mucho las cifras previstas por el Secretario de Salud.¹³ **Si esta letalidad se mantiene, la epidemia de sarampión de 1989-1990 habrá causado alrededor de 3 500 muertes.**

10 Meneses, *op. cit.*, p. 85.

11 Dirección General de Epidemiología. Dirección de Información y Emergencias Epidemiológicas: Panorama epidemiológico del sarampión. Estados Unidos Mexicanos, 1990, México, marzo de 1990.

12 *Ibid.*, pp. 9-10.

13 La declaración del Secretario de Salud publicada en el diario La Jornada, del 3 de octubre de 1989, señalaba que esperaban cerrar el año con 10 mil casos y aproximadamente 500 defunciones.

Desde luego, el daño no se distribuye homogéneamente pues existen zonas y grupos sociales con “sobre-morbilidad”, “sobrelletalidad” y “sobre-mortalidad”. Como ejemplo se puede citar que en 1989, los estados de Veracruz, Oaxaca y Puebla concentraron el mayor número de brotes (31, 27 y 13 respectivamente).¹⁴ La mortalidad es otro dato que ilustra la desigualdad sanitaria, mientras que el promedio nacional fue en 1985 (año epidémico) de 2.2 por 100 mil habitantes, las diferencias regionales oscilan entre 0.06 y 10.9. Las tasas más elevadas se presentaron en los estados de Guerrero (10.9), Oaxaca (10.9) y Puebla (7.6).¹⁵

Todavía a mediados de 1990, las declaraciones oficiales soslayaban y ocultaban la información sobre la epidemia de 1989-1990. Mientras se declara insistentemente ante la prensa que la epidemia está controlada,¹⁶ en el *Informe Semanal* de la Dirección General de Epidemiología se reportan hasta la semana nueve de 1990, 13 773 casos. En el *Boletín epidemiológico* del 8 de mayo de 1990, se proporcionan datos de las dieciseis primeras semanas y los casos ascienden a 30 516; es decir, en cuatro meses se presentó el equivalente al 152% respecto al año anterior (10 440 casos más que los registrados en 1989).

La versión de que la epidemia está controlada es insostenible (a menos que se le llame control a la disminución de casos por agotamiento de susceptibles). Por lo tanto, es indispensable para la solución del problema y la prevención de su ocurrencia dentro de tres o cuatro años, el reconocimiento de algunos hechos.

La versión oficial explica esta epidemia como un fenómeno continental cuya presentación era inevitable ya que se reconoce un comportamiento cíclico de este padecimiento -por acumulación de susceptibles, con brotes cada tres años. Sin embargo, habría que insistir que “...se ha establecido que en las localidades *parcialmente vacunadas*, un brote reduce, pero no elimina el número de susceptibles; (por lo que) se requieren aproximadamente tres años para la generación de nuevos susceptibles antes de que una epidemia ocurra”.¹⁷

La epidemia era evitable y se presentó por el deterioro en los sistemas de conservación y transporte de la vacuna (la llamada “red fría”) que necesariamente afecta la potencia del biológico y por las bajas coberturas de vacunación en años recientes.

Como ejemplo, se puede citar que mientras las coberturas de vacunación reportadas por los estados superan el 100% de las metas programadas, las “encuestas rápidas de cobertura” muestran porcentajes mucho menores. Otro dato importante lo aportan investigaciones particulares sobre los efectos de la crisis en la salud de los niños, en donde se muestra que de 1982 a 1986 existe una disminución en los porcentajes de cobertura de vacunación antisarampionosa, con un impacto mayor en las localidades de menos de 2 500 habitantes (-24.3 puntos porcentuales) y de 2 500 a 20 mil habitantes (-18 puntos porcentuales).¹⁸

Seguramente, de haberse intensificado la campaña de vacunación con objeto de garantizar coberturas suficientes, la magnitud del problema habría disminuido, ya que el comportamiento cíclico del

¹⁴ *Panorama epidemiológico...*, op. cit.

¹⁵ *Panorama epidemiológico...*, op. cit.

¹⁶ Ver, por ejemplo, *El Nacional* (2/5/90), *El Universal* (2/5/90) y *Uno más uno* (18/5/90).

¹⁷ Meneses, op. cit., p. 87, (subrayado nuestro).

¹⁸ Langer, A. y col., “Los efectos de la crisis sobre la salud de los niños y las mujeres en México”, Centro de Investigaciones en Salud Pública, INSP, México, documento fotocopiado, pp. 34-35, s/f.

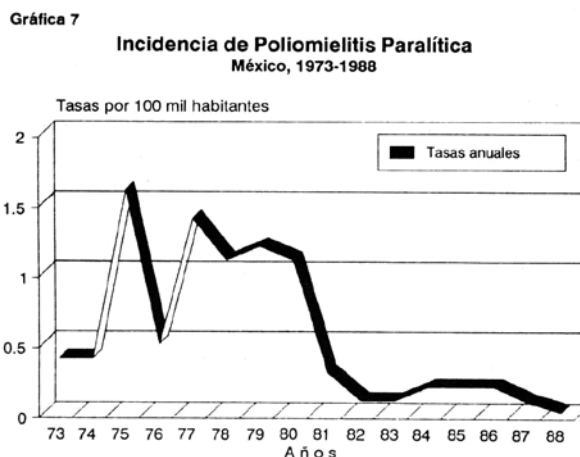
sarampión alertaba -desde 1985- sobre un alza epidémica en 1989.

La hipótesis de que la epidemia se originó porque la vacuna no deja inmunidad permanente, como siempre se había creído (con la consecuente aparición de la enfermedad en adolescentes y/o adultos jóvenes ya vacunados), difícilmente se sostiene para México, cuando los grupos más afectados son los menores de 1 año (tasa de 156.4 por 100 mil menores de 1 año) y los preescolares (tasa de 77.9 por 100 mil niños de 1 a 4 años). Además, el 88.7 % de los casos reportados -en los 200 brotes de 1989- no tenían antecedentes vacunales, "... confirmando que el problema se dio por acumulo de susceptibles y deficiencias en las coberturas vacunales".¹⁹

El deterioro del nivel nutricional es otro hecho que agrava el problema sobre todo en población infantil y preescolar. La elevada letalidad por complicaciones de sarampión en estos grupos (11.9 y 8.9 por 100 casos en 1989)²⁰ -indiscutiblemente ligada a la desnutrición- ocasiona que este indicador sea mucho más alto en México que en otros países. Por ejemplo, Canadá informa 0.2 defunciones por cada 100 casos notificados, Argentina reporta 0.5 defunciones por cada 100 casos registrados,²¹ mientras que en México se presentan 6.6 muertes por cada 100 casos.

En el caso de la poliomielitis parálítica, la morbilidad presenta, de 1973 a 1979, un comportamiento irregular explicado principalmente por las fluctuaciones en la cobertura de las campañas de vacunación. De 1981 a 1988 se observan ligeras

variaciones en la incidencia pero en conjunto, la tendencia es estacionaria.



Fuente: Boletín de la Dirección General de Epidemiología

En 1986, el número de casos comprobados fue de 64; para 1987, el número asciende a 81 (21 casos por arriba de la mediana de los 5 años anteriores), para descender a 39 en 1988.

El uso de la vacuna antipoliomielítica oral trivalente tipo Sabin,²² posibilita la difusión en el ambiente de virus vacunales, desplazando al "virus salvaje" y produciendo un fenómeno de "inmunidad de grupo".²³ Sin embargo, la discontinuidad en las campañas de vacunación masiva aumenta el riesgo de parálisis en los niños no vacunados.

Este hecho cobra mayor importancia en los momentos en que las instituciones del sector salud carecen de recursos suficientes y se observa una creciente incapacidad del gobierno para garantizar la continuidad de las acciones. Desde 1986, año en que se adopta la estrategia de "días na-

¹⁹ *Control del sarampión...*, op. cit., p. 3.

²⁰ *Panorama epidemiológico...*, op. cit., p. 25

²¹ Werthain, L. y M. Eiman: "Sarampión en Argentina". *Mientras de Salud y Acción Social*, trabajo presentado en la VIII Reunión del Grupo Técnico Asesor del PAI, México, marzo de 1990.

²² Cepas vivas atenuadas del virus de la poliomielitis tipos I, II y III.

²³ Taller del PAI, Módulo 1, Unidad 4, "Las enfermedades del PAI, poliomielitis", OMS/OPS, s/f, documento fotocopiado.

cionales de vacunación”, la vacunación antipoliomielítica depende, cada vez más, de financiamiento externo y de los recursos que la sociedad civil puede aportar para llevarla a cabo.. No sólo en ámbitos de difusión e información, sino en terrenos esenciales como la dotación de biológico, termos, termómetros, hielo, congelantes y recursos humanos voluntarios.^{24,25}

A pesar de los recursos movilizados (se estima que el 80% de los recursos humanos y económicos corresponden a colaboraciones gratuitas y aportaciones voluntarias), esta estrategia muestra su insuficiencia en los hechos. Tercamente, la realidad sanitaria demuestra que es demagógico “hacer más, con menos” y lograr coberturas de vacunación cercanas al 100 % en un solo día, con voluntarios adiestrados “al vapor” y reclutados -en muchos casos- con métodos coercitivos. A esto se agrega una “red fría” insuficiente y deteriorada por la falta de mantenimiento, un sistema logístico ineficiente, incluso, para satisfacer las demandas del programa de vacunación permanente y una visión administrativa del cumplimiento de las metas.²⁶

A pesar de la intensa campaña publicitaria para difundir el éxito de la vacunación antipoliomielítica y de los logros obtenidos (en 1989 se inmunizaron 11 millones de niños menores de 5 años), no se ha conseguido el desplazamiento del virus

“salvaje”^{27,28,29} y, mucho menos, se podrá cumplir con el compromiso de erradicar la poliomielitis parálítica a finales de 1990.

Como último recurso para erradicar la poliomielitis parálítica se desarrolla actualmente un programa emergente llamado Operación Limpieza³⁰ que refuerza las actividades de vigilancia epidemiológica de los casos de parálisis flácida en los hospitales, en las áreas de mayor riesgo (presencia de casos y/o bajas coberturas de vacunación) e intensificación de la vacunación en municipios que presentaron casos confirmados en 1988 y 1989 y en localidades apartadas que reportaron bajas coberturas.

Enfermedades seleccionadas transmitidas por vector

El paludismo, enfermedad transmitida por un vector y ligada invariablemente a condiciones de vivienda y saneamiento básico y, enormemente susceptible de controlarse con medidas sanitarias puntuales, presenta en el periodo 1981-1989, una tendencia escandalosamente ascendente que representa una regresión sanitaria de 30 años.

24 Ver por ejemplo: "Plan y lineamientos generales para la implantación del Programa Días Nacionales de Vacunación poliomielítica", SSA. Subsecretaría de Servicios de Salud, México, 1985, documento fotocopiado.

25 Relación de puntos de colaboración que se solicitan a las organizaciones del sector social y privado, SSA. Coordinación General "Días Nacionales de vacunación", México, septiembre de 1985, documento fotocopiado.

26 Blanco Gil y O. López Arellano "De la transición..., *op. cit.*

27 En 1989, se aislaron en los estados de Sinaloa, Sonora y Guerrero, poliovirus "salvajes" tipo III en este año, sólo cuatro países tenían circulación de virus "salvaje", Brasil, Colombia, México y Venezuela.

28 Boletín Informativo PAI, año XI, No. 6, Washington, diciembre de 1989, p. 1.

29 Andrus, J. y col., "Classification and characteristics of polio, Americas. 1989", Documento presentado en la VIII Reunión del grupo técnico asesor del PAI y la erradicación de la Polio. OMS/OPS, México, marzo de 1990, p. 4.

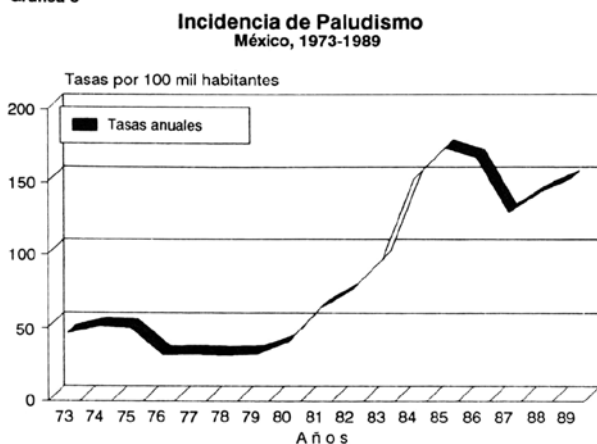
30 "Control de la poliomielitis", Sistema Nacional de Salud de México, Documento presentado en la VIII Reunión del grupo técnico asesor del PAI y la erradicación de la polio, OMS/OPS, México, marzo de 1990, p. 4.

Cuadro 2
Incidencia por Paludismo, México, 1980-1988

Año	Tasa por 100 mil hab.
1980	38.1
1981	60.6
1982	73.1
1983	94.6
1984	150.1
1985	171.6
1986	164.5
1987	126.9
1988	140.9
1989	150.8

FUENTE: Elaboración propia con base a la información consignada en el *Boletín Epidemiológico* núms. 15 y 16 (agosto-septiembre de 1982), Dirección General de Epidemiología, SSA, México, 1984; y en los *Anuarios Estadísticos* de la Secretaría de Salud, correspondientes a los años de 1984, 1985 y 1986; Boletines de la Dirección General de Epidemiología, SSA, semana 52, 1987 y 1988 y *Panorama Histórico y Epidemiológico del Paludismo en México*, SSA, 1989.

Gráfica 8



Fuente: Boletín de la Dirección General de Epidemiología

Este incremento puede explicarse de dos formas complementarias y sinérgicas: por el deterioro de los elementos que conforman el consumo simple, sobre todo en lo referente a las condiciones de la vivienda y por el desmantelamiento del programa de control del paludismo, como consecuencia

de las políticas de austeridad, con la consecuente congelación de plazas para personal específico del programa, o utilización de este personal en otras actividades, ineficiencia en la gestión oportuna de recursos, viáticos e insumos, disminución de las actividades de rociado, de pesquisa y de tratamiento.

En 1989, los casos de paludismo ascendieron a 125 537, cifra que rebasa el número de casos registrados para 1988 que (116 236 casos) y el promedio anual de casos registrados entre 1984 y 1988 (113 889 casos). Es decir, comparativamente con el año anterior, en 1989 se presentaron 9 299 casos más (8% de “sobremorbilidad”).

Otro indicador que refleja la gravedad de este problema es el incremento de localidades positivas que pasa de 11 995 en 1983 a 17 161 en 1988.³¹

La versión oficial resta importancia al desmantelamiento del programa de control de paludismo e insiste que el aumento de la enfermedad es un fenómeno continental ligado, sobre todo, a la resistencia del vector a los insecticidas de acción residual. La resistencia de los plasmodios a los medicamentos y de los anofelinos a los insecticidas, está parcialmente investigada “...pero no hay pruebas de que este fenómeno esté impidiendo el desarrollo de la prevención y control de la malaria. La importancia de estos fenómenos de resistencia para la transmisión de la malaria aún no está bien documentada en las Américas”.³²

Con base en los indicadores malario-métricos, se identifican cuatro grupos de países: 1) donde no

31 Fernández de Castro, J.: *Panorama Histórico y epidemiológico del paludismo en México*, SSA. México, 1988.

32 “Malaria en las Américas. Análisis crítico”, OPS, Serie Cuadernos Técnicos 1, (Documento condensado), Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, vol. 101, núm. 5, noviembre de 1986, pp. 525-526.

existe transmisión de paludismo; 2) donde se ha reducido la transmisión; 3) donde la incidencia está aumentando en zonas endémicas, y 4) donde existen graves problemas socioeconómicos, políticos, administrativos para el control del padecimiento. México se ubica en este último grupo.³³

En México, la IPA (Incidencia parasitaria anual) se incrementó ...de 0.29% en 1978, a ...1.11% en 1984. La tasa media de rociamientos domiciliarios por mil habitantes se conservó en 89.85 viviendas entre 1959 y 1971, pero luego experimentó una gran disminución y bajó de 91.49 en 1972 a 4.39 en 1984. La productividad del sistema de búsqueda de casos también se redujo considerablemente y el IAES [Índice anual de exámenes de sangre) bajó de 5.27% en 1962 a 1.42% en 1984..... las restricciones presupuestales obligaron a limitar las medidas de control en las zonas de peor situación epidemiológica.³⁴

La elevación de la morbilidad en 1989 y la concentración del 78% de los casos en cuatro estados: Oaxaca, Guerrero, Chiapas y Michoacán define la instrumentación de un programa de control emergente con recursos adicionales.

Los primeros registros epidemiológicos acerca del dengue en México datan de 1942. Hasta 1956, este padecimiento es endémico en el país y a partir de este año se inicia un descenso sostenido que se atribuye a la intensificación de la campaña de erradicación del paludismo.

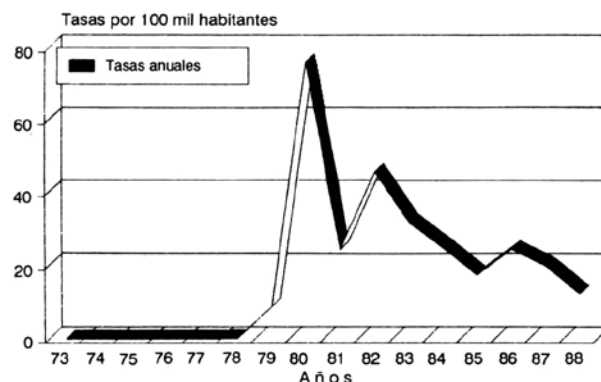
La erradicación del *Aedes aegypti*, trasmisor del dengue y la fiebre amarilla se logra en 1963, como resultado colateral de la lucha antivectorial

de la campaña de erradicación del paludismo.³⁵ Sin embargo, a partir de 1967 se identifican sitios infestados por el vector que paulatinamente van en expansión. Este problema no merece ninguna atención de parte de las autoridades sanitarias y en 1978, el dengue se presenta en forma epidémica en los estados fronterizos con Guatemala y Belice.

La mayor incidencia de dengue se presenta en 1980, con una tasa de 76.1 por 100 mil habitantes, a partir de ese año se observa una tendencia descendente, con tasas que van de 45.8 en 1982 a 12.4 en 1988.

Gráfica 9

**Incidencia de Dengue
México, 1973-1988**



Fuente: Boletín de la Dirección General de Epidemiología

Cualquiera de los cuatro tipos de virus del dengue es capaz de producir la forma clínica clásica (benigna), pero esta primoinfección crea las condiciones inmunológicas para que una infección subsecuente produzca dengue hemorrágico. La investigación virológica ha establecido que el se-

³³ *Ibid.*, pp. 530-533.

³⁴ *Ibid.*, pp. 532-533.

³⁵ Soberón, G. J. Laguna y J. Kumate (Coordinadores), La salud en México: Testimonios 1988, Tomo II, p. 85.

rotipo dos es el más ligado a las formas graves. “La fiebre hemorrágica dengue (FHD) ocurre en las áreas del mundo donde circulan diversos tipos del virus dengue simultáneamente o donde han existido epidemias”.³⁶

En México, además del serotipo uno (responsable de la epidemia de 1978-1980), se reconoce -desde 1984- la circulación de los serotipos dos y cuatro³⁷ por lo que existe el riesgo potencial de que en las zonas infestadas por el vector se presenten formas clínicas graves (Fiebre Hemorrágica del Dengue -FHD- y Síndrome del Shock del Dengue -SSD-). En 1985, se presentan los primeros casos de dengue hemorrágico en los estados de Yucatán y Campeche y para 1988 se reportan 37 casos de las formas hemorrágicas graves.³⁸

La letalidad de las formas hemorrágicas del dengue es elevada (20% - 50%) y está directamente relacionada con la capacidad institucional para diagnosticar oportunamente los casos y dar el tratamiento de sostén adecuado. Como ejemplo se puede citar la epidemia de FHD en Cuba que presentó la mortalidad más baja (1%) que se ha reportado en el mundo

...gracias a las medidas organizativas desarrolladas para hacer frente a esta terrible epidemia, las cuales contaron con la participación y el apoyo del gobierno y de todo el pueblo.. en la lucha contra el vector, el diagnóstico precoz, la hospitalización de todos los enfermos y el tratamiento oportuno.³⁹

A pesar de que en un periodo relativamente corto, el dengue se constituye en un problema de salud pública en México, que existe grave riesgo de la presentación de formas hemorrágicas de la enfermedad y de que no existe la capacidad institucional para hacerle frente a una epidemia de FHD-SSD, la respuesta oficial es de gran resignación declarándose públicamente que la crisis económica imposibilita la suficiencia de los recursos para el control de esta enfermedad y que, por lo tanto, el dengue seguirá siendo endémico con brotes ocasionales. En contrapartida, los recursos aparecen cuando se trata de controlar el paludismo y el dengue en las zonas de turismo extranjero.⁴⁰

A finales de 1989, y a raíz de que en países sudamericanos se reportaron brotes de dengue hemorrágico, se anuncia la puesta en marcha del plan Escudo, programa emergente para disminuir el riesgo de una epidemia de FHD-SSD en México. Nuevamente, aparece la respuesta selectiva y focalizada para enfrentar los problemas epidemiológicos.

Algunos datos sobre mortalidad

Las cifras manejadas por el discurso oficial sobre mortalidad infantil y mortalidad materna muestran otra vertiente del optimismo sanitario que de ningún modo se corresponde con los hechos. Al comparar los datos del Sector Salud con información proporcionada por UNICEF-organismo de las Naciones Unidas, al que no puede acusársele de “amarillismo” epidemiológico- se observa lo siguiente:

En el anexo estadístico del *Primer Informe de Gobierno (1989)* se menciona que la mortalidad infantil para 1986 es de 23.6 por mil Nacidos Vivos

36 Dotres, M. y col., “Dengue hemorrágico en el niño”, La Habana, Cuba, 1985, documento fotocopiado, pp. 4-5.

37 Telex-Circular núm. 48, DGE, México, 1984.

38 Boletín DGE, vol. 4, núm. 6, México, 1986, p. 95.

39 Dotres, *op. cit.*, p. 12.

40 Soberón, La salud..., Tomo II, *op. cit.*, p. 85.

Registrados (NVR) y la mortalidad preescolar es de 2.3 por 1000 habitantes de 1 a 4 años. Para el mismo año, UNICEF proporciona el dato de 50 defunciones en menores de un año por mil NVR y una tasa de mortalidad preescolar de 4.0 por 1000 habitantes de 1 a 4 años (32 630 defunciones).⁴¹

En el mismo documento se afirma que la mortalidad materna se ha mantenido prácticamente estable en los últimos cinco años, con cifras de 0.9 por mil NVR y que las diferenciales regionales son alarmantes: en 1986, la mortalidad materna del estado de Oaxaca duplicó el promedio nacional (1.6 por mil NVR). Nuevamente, la información de UNICEF contrasta con los datos de la "epidemiología oficial" que reconoce una tasa de mortalidad materna menor de 0.9 por 1000 NVR desde 1983.

Es ampliamente conocido que la mortalidad materna es un indicador estrechamente ligado a la cobertura y a la calidad de servicios de salud, específicamente en lo que se refiere a control prenatal y atención del parto. La extensión real de cobertura impacta casi inmediatamente sobre las defunciones maternas. En México, a pesar del triunfalismo del discurso oficial respecto a la ampliación de cobertura, el porcentaje de partos atendidos por personal capacitado en unidades del sector salud, apenas llega al 50% del total de partos ocurridos.⁴²

Entre las principales causas de muerte materna se encuentran las toxemias, las complicaciones del parto y los abortos. La mortalidad por complicaciones obstétricas directas es la primera causa de defunción entre las mujeres de 25 a 34 años.

Sin embargo, estos datos sólo se aproximan a la magnitud del problema, en tanto que este tipo de mortalidad generalmente está subregistrada y no es posible calcularla por métodos indirectos.

Otra situación ausente del balance oficial es el deterioro nutricional de la población mexicana. En el periodo 1982-1989, se redujeron los consumos de carne, leche, huevo y el 40 % de la población menor de cinco años nunca come estos alimentos. A esto debe añadirse la influencia de las compañías transnacionales que modifican los patrones de consumo y hábitos alimentarios.⁴³

Estudios específicos realizados por el Instituto Nacional de Nutrición, demuestran que el incremento en la desnutrición afecta fundamentalmente a los menores de cinco años. La mortalidad preescolar por deficiencias nutricionales presentan tasas ascendentes desde 1983.⁴⁴ Sin embargo, es muy probable que estas tasas subestimen el problema por el subregistro característico de las enfermedades carenciales. Esta patología se reconoce como el sustrato de casi todas las enfermedades infecciosas, pero difícilmente se diagnostica y registra, dada su elevada frecuencia e "invisibilidad social". Un hecho que debe alertar sobre la gravedad del problema nutricional -sobre todo en población infantil y preescolar- es la elevada letalidad por complicaciones de sarampión en estos grupos.

Conclusiones

Existen diversas formas de abordar el análisis de la política de salud. Una de ellas es analizar el discurso y los objetivos explícitos de la política

41 UNICEF, "La situación de las madres y niños en México". México, 1987.

42 Soberón, G.: *op. cit.*

43 Ver por ejemplo, el artículo de A. Isunza y A. Avila "Desnutridos y consumistas". Publicado en la Revista Nexos, núm. 132, México, 1989.

44 "Anexo Estadístico". Primer Informe de Gobierno, 1989.

sanitaria. Una segunda forma es identificar las regularidades de su concreción y el impacto que éstas tienen sobre los problemas de salud de las poblaciones.

En el periodo analizado, en México, la política de salud se disocia en dos vertientes: la primera -ubicada en el terreno del discurso- se podría resumir en la propuesta de modernidad sanitaria, eficiencia, racionalidad, calidad y equidad.

La segunda vertiente se manifiesta en las formas en que esta modernidad sanitaria se concreta a través del financiamiento, la reorganización institucional, la capacidad de respuesta frente a los problemas de salud y, fundamentalmente, en su impacto. Es en este ámbito, justamente, donde la “modernidad” se presenta muy claramente. El desmantelamiento (por lo menos temporal) de los programas de control de enfermedades, reduce la limitada eficacia de la intervención epidemiológica puntual y agrava el deterioro de la salud que resulta de la propuesta neoliberal para sortear la crisis.

Los programas permanentes van siendo sustituidos por programas emergentes que responden de manera coyuntural a situaciones extremas, focalizando los recursos en grupos o zonas problemáticas. El análisis aquí presentado documenta parcialmente los efectos de una política de salud permeada por las concepciones neoliberales cu-

yos rasgos centrales, son: la disminución de los recursos destinados al sector, la sustitución de los intentos de un modelo de atención integral por el diseño de medidas circunstanciales y emergentes, por ejemplo, la “operación escudo” contra el dengue, la “operación limpieza” contra la poliomielitis y el programa emergente contra el paludismo. Asimismo, la focalización clientelista de los recursos en zonas turísticas y/o de conflicto social.

La regresión sanitaria que caracteriza a la década de los ochenta, en gran medida es producto de la reducida importancia que los complejos problemas de enfermedad y muerte de los mexicanos tienen dentro de un proyecto global de país y de la incapacidad del “modernismo” de mantener la relativa estabilidad epidemiológica lograda las décadas anteriores.

En síntesis se puede decir que las dos vertientes de la política de salud (el discurso y la concreción) transitan por caminos divergentes. La supuesta modernidad sanitaria no es sino una reedición de la beneficencia decimonónica en donde la obligatoriedad constitucional del quehacer estatal en salud, se transforma en dádiva. En los años ochenta no se ha podido resolver siquiera, los problemas administrativos que afectan al sector y mucho menos impactar favorablemente sobre las condiciones de salud de la mayoría de los mexicanos. ción sobre morbilidad y mortalidad del Anexo al mismo informe presidencial.

La categoría de género en la explicación de los perfiles de enfermedad y muerte de varones y mujeres*

María de los Ángeles Garduño Andrade**

Reflexión sobre la utilidad de explicar los perfiles de enfermedad y muertes desde las diferencias de género. Entendiendo que estas diferencias entre varones y mujeres caracterizan las relaciones sociales, con significaciones de poder. Se utiliza la categoría de género para explicar la adquisición de una identidad social y psicológica que lleva a formas de vida que caracterizan la enfermedad y la muerte diferentes de unos y otras. Señalándose cómo los varones mueren y sufren daños relacionados con causas destructivas, en mayor proporción que las mujeres. Mientras que ellas son mucho más demandantes de servicios de atención médica.

Se concluye que debe haber respuestas sociales diferentes a los perfiles de enfermedad y muerte de acuerdo a la construcción de las identidades de varones y mujeres.

Introducción

Cuando se intentan desatar “nudos” que justifican un estado de cosas en el que algunos resultan desfavorecidos, se encuentran argumentos que parecen sostener firmemente tal situación, eso sucede en el caso de las condiciones de género y en las explicaciones de los daños a la salud.

En este trabajo se discute cómo la condición de género influye en algunos problemas de la salud; se trata de complementar la explicación acerca de

su determinación social con aspectos que hasta ahora aparecen como marginales.

Dado que la lucha por la salud se puede entender, en un sentido integral, como el control y dirección de nuestros procesos vitales, del trabajo y del consumo, es decir, el control individual y colectivo de nuestra forma de vivir;¹ debemos integrar a esa lucha la discusión de las relaciones de poder y dominación que se da entre varones y mujeres.²

Los procesos vitales -relacionados con la reproducción, con el crecimiento y el desarrollo, con la salud y la enfermedad- se presentan de diferentes maneras a lo largo de la historia y son resultado de la organización social. Por ello, en la explicación de su presentación y determinación, debemos utilizar categorías que den cuenta de la integralidad

*Publicado originalmente: Garduño Andrade, M.A. (1994). La categoría de género en la explicación de los perfiles de enfermedad y muerte de varones y mujeres. *Salud Problema*, Primera Época, 25, 17-26.

** Profesora-Investigadora del Departamento de Atención a la Salud, Maestría de Medicina Social, UAM-X

de la vida humana en el contexto de lo social. Las especificidades de estos procesos en los grupos sociales se relacionan con diversas condiciones como son las de clase, de etnia y, desde luego, de género.

Al entender la condición de género podemos discutir cómo es que desde el nacimiento, a partir del sexo de origen se estructura una identidad que nos hace varones o mujeres, entender el significado de la asignación de esquemas que llevan a asumir un cuerpo vivido individualmente con funciones sociales predeterminadas y comprender cómo esta asignación de identidad de género es la que organizará nuestro paso, consciente o no, por la vida.

I

Tanto las diferencias de género, como la presentación de daños a la salud han sido justificadas como “naturales”, pretendiendo la biología como ciencia de la vida puede que responder a cualquier pregunta que se le formule.³

El planteamiento central de esa visión concluye en que si las desigualdades son determinadas biológicamente, tendrán que ser inevitables e inmutables. Frente a esta visión reducida, han surgido diversos enfoques en la ciencias sociales y biológicas, que contradicen estas tradiciones.

Respecto a la salud, estas nuevas corrientes se proponen superar aquellos puntos de vista que sugieren acciones parciales para erradicar los padecimientos y mantienen la visión de que las enfermedades y los daños son reducibles a los órganos o sistemas, como si los seres humanos fuésemos sólo un conjunto de partes y no seres integrales.

Para dar verdaderas alternativas debe comprenderse, primero, que el cuerpo no es reducible a los sistemas físico-químicos de la fisiología; segundo, que no está desprendido y aislado, sino que se trata de un cuerpo vivido, que no nos es exterior como una posesión cualquiera; tercero, que no es el polo de una dualidad con el sujeto (como si le fuera ajeno), sino que se trata del centro de la existencia, que permite las relaciones con los otros, la organización del universo y la elevación a la trascendencia; y finalmente, que este cuerpo vivido es para cada uno prioridad inmediata.⁴

Pero la visión tradicional de la biología no solamente se ha quedado en la explicación de su campo reconocido sino que pretende explicar también los fenómenos sociales y reducirlos a la suma de los comportamientos de los individuos; en su versión más moderna pretende que la genética determina en última instancia esa sumatoria de conductas que conforma la socialidad. Sin tomar en cuenta que la individualidad como tal es resultado de nuestra socialidad, o sea que somos contruidos y que tenemos la capacidad de construir y que aunque cada persona en esa relación constructiva y activa con el mundo edificará y expresará en su vida cotidiana, su subjetividad y su identidad particular,⁵ esto será una expresión de la autoreproducción de la vida social.

La vida cotidiana particular del cuerpo vivido, se caracteriza por el ejercicio de la capacidad de generalizar y de comunicarse con los otros, de aprender el uso de las cosas, de los sistemas de expectativas y de las instituciones. Esas son las primeras asignaciones y aceptaciones con las que cada persona dará las pruebas de capacidad vital para conservarse en un mundo construido desde antes. Sólo después se puede tener la ocasión de escoger el propio ambiente directo.⁶

En esa reproducción inmediata se reproduce la imagen de la sociedad respectiva, de los estratos y desde luego de las relaciones de poder. Y es por esa necesidad de ceñirse a la vida cotidiana que resulta tan difícil lograr el control de los procesos vitales.

Como ese control no puede depender de los adelantos médicos que parcializan el cuerpo, ni quedarse en el nivel individual como plantean algunas opciones holistas modernas, las determinaciones de la vida y de sus problemas se deberán entender como resultado de una dinámica social y sólo desde ese nivel se darán las verdaderas modificaciones.

II

Por ello es indispensable ubicar en la dinámica social aquellos procesos que causan daños a la salud; y uno de estos es la imposición de esquemas que hacen vivir de manera diferencial a varones y mujeres.

Las explicaciones médicas tradicionales se conforman con aplicar la variable sexo y ver las diferencias como naturales,⁷ y de ese modo no pueden entender la determinación de una parte importante de los perfiles de salud enfermedad específicos, ni distinguir cómo asumen sus procesos vitales varones y mujeres. Se hace necesaria la categoría de género que muestra esta condición diferenciada entre varones y mujeres⁸ como un elemento constante de las relaciones sociales y una forma de relación con significantes de poder.⁹

Hasta ahora la categoría de género se había utilizado para explicar la construcción histórica de la identidad femenina, incluso se le llegó a utilizar como sinónimo de “la mujer”. Sin embargo, si entendemos género en el sentido de la construcción

de una identidad social y psicológica con connotaciones culturales que lleva a la convicción de que la propia asignación como varón o mujer ha sido correcta (o incorrecta como es el caso de los homosexuales), podemos entender que también sirve para explicar la identidad masculina.¹⁰

La visión biologista ha intentado dar una explicación a las diferencias jerárquicas entre varones y mujeres, afirmando que dado que los varones debieron salir a la caza y la mujer cuidar a los niños, se favorecieron en ellos los genes que facilitan las actividades grupales que mejoran la coordinación espacio temporal, mientras que en ellas, los que dan habilidad para la crianza (lenguaje y educación). Con esta aplicación de la biología al devenir social se justifica, desde la segregación laboral, hasta la imposibilidad de los varones en la atención de los hijos y los quehaceres domésticos.

De hecho, este determinismo afirma que la sociedad patriarcal se funda en una inevitabilidad biológica.¹¹ Así, los factores principales de la actitud patriarcal aparecen como un fenómeno humano universal.¹²

Los resultados de la biologización han llevado a mantener relaciones desiguales a lo largo de la historia y la modernidad tampoco parece superar del todo esos argumentos, sino que los está recuperando, dándoles una nueva fachada, tomando a la ciencia en su versión autoritaria haciendo que ocupe el sitio del autoritarismo religioso y otorgando validez a afirmaciones que sólo mantienen el estado de cosas.

Así, la ideología de la invariabilidad biológica se transforma en un arma que apoya una sociedad desigual, situando las razones de esa desigualdad en los individuos (genéticamente determinados)

y no en las estructuras sociales. Esto fomenta la competitividad y el triunfo “justificado como natural” de los más fuertes. De ahí que sea sencillo justificar el dominio de las sociedades fuertes (razas superiores) sobre las débiles e inferiores o del dominio masculino, sobre las mujeres.

III

Aplicando la categoría de género, podemos ver que al igual que cada hecho social se matiza en función de las diferencias de lo femenino y lo masculino, una parte de la explicación de la morbilidad y la mortalidad se encuentra en las diferencias jerarquizadas entre varones y mujeres.¹³

La adquisición de una identidad, social y psicológica, es un proceso complejo que contiene una relación positiva de inclusión y otra de exclusión, esto es que nos definimos en función de parecernos a unos y no a otros.¹⁴ Esa identificación permite, llegar a ser singular, un ser particular con determinadas cualidades, actitudes y dificultades, situarse en una vida cotidiana, que es la imagen de la reproducción social, afirmarse en la comunidad y con ello desarrollar una conciencia del nosotros.¹⁵

Las integraciones que conllevan esa conciencia del nosotros son diversas pero los sentimientos que el yo refiere a cada una son identificados como míos. Así, soy de una familia, raza, nacionalidad o género, y las características de cada una de esas integraciones me identifican a mí.

Después de darse esa identificación en diversos niveles, el comportamiento y las respuestas que colectiva e individualmente se tengan a partir del cuerpo vivido, explica algunos problemas de salud específicos, pero sobre todo las diferencias entre varones y mujeres.

A continuación hablaremos primero del problema de los daños a la salud entre los varones por razones destructivas y posteriormente de algunos problemas centrales de la salud de las mujeres.¹⁶

IV

Retomando la idea de que para conservarnos en un mundo previamente construido es necesario dar pruebas de capacidad vital, se puede entender porqué los varones deben demostrar constantemente que lo son. En ese mundo previo se reconoce lo masculino como superior, entonces es necesario que ellos se distingan de lo femenino, su definición se hará básicamente por exclusión: no se es mujer (y no se es homosexual).

Al otorgar una jerarquía menor a las mujeres, “ellos” deben mostrar constantemente que no tienen las características reconocidas como femeninas (ternura, pasividad, cuidado de los demás, etcétera). En su temor de no lograr descartar esas características, cultivan aquellas que se reconocen como masculinas.

En la sociedad patriarcal, los varones tienen ciertos privilegios y con base en ellos, durante su desarrollo psicológico adoptan e interiorizan un conjunto de relaciones sociales de poder con las mujeres. Y es la familia, en el pequeño mundo cercano, en donde se reproduce y recrea el sistema jerárquico de género de la sociedad en su conjunto. Ahí se empieza a asumir que la madre es inferior al padre y que la mujer es inferior al hombre.

Pero el problema no se reduce a la dominación, sino que al asumir los patrones masculinos los varones mueren más temprano que las mujeres, básicamente por acciones violentas (contra los demás y contra sí mismos) y por el consumo exa-

gerado de alcohol. Estas muertes no encuentran ni explicación ni prevención desde la biología porque concibe las diferencias de conducta de varones y mujeres como un fenómeno natural e inmutable.

En el caso de la destructividad (vista como rasgo masculino), el determinismo biologista afirma que se desprende de la animalidad de la humanidad y, por tanto, nos acompañará por siempre.

Otros autores demuestran que “no es innata ni parte de la naturaleza humana y que no es común a todos”,¹⁷ sino que en una vida de trabajo cotidiano, en sociedades clasistas repletas de violencia, con estructuras patriarcales, y en donde la autoridad, dominación y control están diseminadas en todas las actividades sociales, económicas, políticas, ideológicas, y relacionadas con el medio ambiente, se puede entender que las conductas destructivas sean aprendidas y que se signifiquen aun como positivas, cuando sostienen esas relaciones desiguales.¹⁸

Desde este enfoque Kauffman explica cómo se estructura una identidad que siendo violenta, conduce a la muerte prematura de muchos varones. Propone una clasificación de tres tipos de violencia que se centran en la identidad por exclusión: la violencia contra las mujeres, la violencia contra otros hombres y la violencia contra sí mismos.

La primera resulta de la sensación de que la masculinidad es frágil dado que es significada por los órganos reproductores, como la carencia de estos son el símbolo de menor poder, se vive con la angustia de perderlos y entonces ser inferior. La violencia contra las mujeres es por tanto expresión de esa fragilidad y su función es la perpetuación de la dominación masculina.

La violencia es frecuentemente orientada contra las mujeres cercanas, especialmente contra la pareja porque comparte un ámbito donde se siente lo suficientemente seguro para expresar sus emociones, entonces, el hogar se convierte en el lugar donde se puede descargar la violencia experimentada fuera de ese espacio.

Por otra parte, el temor a parecer débiles y pasivos en relación con otros, crea una fuerte dependencia hacia las mujeres para satisfacer necesidades y descargar emociones.

La violencia contra otros varones, representa una descarga de agresión y hostilidad a veces recíproca, a veces unilateral que refuerza el hecho de que tanto a nivel individual como de Estado las relaciones entre varones son relaciones de poder. Desde niño aprende la jerarquía sexual de la sociedad. Además como la homosexualidad está condenada, cualquier acercamiento a los otros es rechazada, la violencia hacia los otros sirve para ocultar y a la vez manifestar los sentimientos rechazados.

Finalmente, se completa la triada con la violencia hacia sí mismo, el continuo bloqueo y negación consciente e inconsciente de la pasividad y de todas las emociones y sentimientos con que los hombres la asocian, hace que las vías seguras de expresión sean la ira y la hostilidad y parte de ella se dirige a sí mismos.

Desde luego, esta violencia no es compulsiva y constante, y quizá eso la haga aparecer como eventos aislados, de hecho no se asocia conscientemente al patriarcado con la fuerza. Su sistema socializador es tan perfecto, la aceptación general de sus valores tan firme y su historia en la sociedad humana tan larga y universal que apenas parecería necesitar el respaldo de la violencia, sin

embargo, su capacidad de control se basa en el apoyo de la fuerza como medida de emergencia e instrumento de intimidación constante.¹⁹

Por otra parte, esta necesidad de encubrir las debilidades, se ve compensada por el consumo del alcohol. En estado de embriaguez, se pueden expresar sentimientos que están reprimidos por esa fórmula obligada de dureza.

Junto con ese proceso a nivel individual, en el consumo de alcohol influyen otros como su función en la integración social o el de su aceptación y fomento, de tal manera que se constituye en una vía de control y subordinación social, además de que su producción y comercialización son un rubro económico dinámico y por supuesto reutilizable. En la esfera de la vida cotidiana, el alcohol “constituye el instrumento privilegiado mediante el cual el hombre ejerce violencia física contra la (su) mujer y los (sus) hijos”.

Además el consumo de alcohol es frecuentemente causa directa de problemas de salud como cirrosis hepática e indirecta de accidentes u homicidios.²⁰

En suma, si analizamos las afirmaciones anteriores veremos que los varones al tratar de alcanzar un ideal masculino acaban muriendo antes que las mujeres.²¹

Como se señaló, la identidad de género determina que el perfil de muerte de los varones en edades llamadas productivas, sea claramente diferente al de las mujeres, y que esa diferencia se exprese centralmente en accidentes, homicidios, suicidio, cirrosis y síndrome de dependencia de alcohol.

Analizadas a la luz de la construcción genérica, esas causas aparecen ligadas a un esquema de destructividad que se considera socialmente acep-

Defunciones por accidentes, homicidios, suicidios y cirrosis, en personas de 15 a 64 años de edad, por sexo México 1990

Causas	Varones		Mujeres	
	Número	Tasa	Número	Tasa
Accidentes	21 665	96.95	4 071	17.04
Homicidios	11 537	51.63	1 049	4.39
Cirrosis	10 550	47.21	2 371	9.93
Suicidios	1 428	6.39	208*	0.87
Total	45 180	202.18	7 699	32.23
Las demás	52 663	235.67	45 059	188.63
Todas	97 843	437.85	52 758	220.86

* Perfiles Estadísticos num. 4 *Causas externas de traumatismo y envenenamientos*. México, Series monográficas. Dir. Gral. de Estadística, Informática y Evaluación, S.S.A.

Fuentes: *Información Estadística del Sector Salud y Seguridad Social*, Cuaderno número 9. México, INEGI, 1993. Y *Censo General de Población*. México 1990.

tado como masculino. Como puede observarse en el Cuadro de arriba, por cada mujer que muere en general en este grupo de edad mueren 1.98 varones. En las que no están relacionadas con la destructividad, esta relación es de 1.25 por cada una; mientras que por las causas destructivas mueren 6.27 varones por cada mujer.

Las diferencias se acentúan en homicidios y suicidios que se derivan de acciones más directas; le siguen los suicidios que siendo directos son de autodestrucción y, finalmente, los accidentes que se relacionan con acciones no intencionadas.

Desde luego que estas causas destructivas también son importantes en el perfil de morbilidad. La Encuesta Nacional de Salud de 1988 (DGE/SSA), muestra que en un lapso de doce meses, la prevalencia de lesiones y causas violentas es superior en los varones (2) que en las mujeres (0.9), acentuándose esa diferencia en el grupo de edad

de 25 a 34 años en el que los varones cuadruplican la prevalencia de las mujeres (3.3 contra 0.8).

Según informes de los servicios de hospitalización estas causas destructivas ocupan el primer lugar, de los egresos reportados los traumatismos y envenenamientos son: en la Secretaría de Salud el 26.19%, en el IMSS el 14.82%, el IMSS-Solidaridad el 10.73% y el ISSSTE el 10.79%.²²

Si tomamos en cuenta las diferencias en función de aquellas características adjudicadas a las mujeres solamente y contrarias a la masculinidad, como la precaución vista como pasividad o la responsabilidad sobre los otros vista como debilidad, se pueden entender estas disparidades genéricas de perfil patológico y especialmente los rasgos destructivos específicos de las principales causas de morbilidad y mortalidad masculina.

V²³

Lo mismo que la categoría género permite abordar aspectos centrales de la explicación de la salud masculina, en el caso de la femenina hace posible descifrar la conjunción de determinaciones, y esto es especialmente útil porque a las mujeres se les reduce aún más a una materialidad parcializada que está en función de la sexualidad. Esto hace que se definan como especializadas y escindidas, ligadas por una parte a la procreación y luego al erotismo.²⁴

Desde estas consideraciones se señalarán dos aspectos de la salud femenina que pueden analizarse con mayor profundidad por la condición genérica, aquellos llamados “reproductivos” y los entendidos como laborales.²⁵ Desde luego no son problemas de salud que puedan tratarse como ajenos al resto del perfil patológico, sino que mues-

tran especificidades que los hacen contrariamente visibles.

Los problemas de salud llamados reproductivos representan más del 55 por ciento de los diagnósticos en los servicios de salud y parecen ser los privilegiados como femeninos. Los segundos, en cambio, son prácticamente ignorados dado que los trabajos de las mujeres son invisibles, el doméstico porque no se reconoce como tal y el remunerado porque aparece como secundario en la economía familiar.

Para explicar la presencia social contradictoria de estos dos problemas de salud femenina, se debe entender que la simbolización sobre el cuerpo femenino se sitúa en el modelo desigual de los géneros, se estructura sobre la materialidad de las características sexuales que permiten la procreación y se explica desde la biología por las diferencias cromosómicas expresadas en caracteres sexuales primarios y secundarios. Esta visión lleva, en última instancia, a la justificación de las especializaciones desiguales de lo femenino y lo masculino.²⁶

Entonces la maternidad, rebasando la procreación, es vista como eje de “lo femenino” y con esa concepción se construyen los cuerpos vividos de las mujeres,²⁷ las creencias, las tradiciones, los saberes, lo sagrado, la memoria.

En esa construcción social del significado de la maternidad se le asigna un alto valor a la reproducción de la especie, como finalidad colectiva prioritaria, pero al mismo tiempo se considera una responsabilidad que debe asumirse individualmente. Así el papel de las mujeres como madres está altamente reconocido en la escala de valores sociales, pero en la concreción particular

cada madre es limitada al hogar, considerada con menor jerarquía en un mundo de competencia y trascendencia y obligada a responsabilizarse de su proceso de procreación en el aislamiento de la unidad doméstica.

Un ejemplo claro de la contradicción entre el discurso y su concreción, son las políticas estatales que cifran el éxito o el fracaso de las campañas de atención materno infantil o de anticoncepción, en la “actitud” de las mujeres, haciendo a un lado los determinantes sociales.

Se responsabiliza a cada una en lo individual sobre su salud y la de los demás, pero sobre todo de traer al mundo hijos sanos. En todas las campañas se hace énfasis en la necesidad del control médico del embarazo, sin decir que no existe la posibilidad de atender ni siquiera todos los partos en un servicio médico. De los 2 756 447 partos reportados en 1991, el 32.44% no se atendieron en hospital o clínica.²⁸

La contradicción entre el decir y el hacer se agudiza en el caso de las trabajadoras remuneradas, pues al reconocer la maternidad como función femenina por excelencia, no se dice que deberá evitarse cuando resulte disfuncional a un proceso de generación de ganancia, exigiendo para ello prueba de embarazo previa al contrato o que serán suspendidas de su trabajo aquellas que pretendan ser madres “inoportunamente”.

Hay un supuesto social sobre la vida de las mujeres: su papel principal es ser madres. Esto se asume en la lógica de que la procreación es la base de la existencia de la sociedad y se llega a la conclusión de que las decisiones que involucran este proceso deben ser tomadas colectivamente. Pero por otra parte se exige que cada una asuma esta responsabilidad de manera individual. Esta

contradicción de la maternidad entre lo individual privado y el control social, se impone sobre la construcción sexuada cuyas condiciones son irrenunciables y se expresa en un modo de vivir y aun de morir.²⁹ La maternidad se impone en la elaboración de las relaciones, los conflictos y el orden de todos los espacios donde se mueven las mujeres.

Y la responsabilización, que más bien es culpabilización, modela la sexualidad y todo aquello que se relacione con el sistema reproductivo. Por eso las medidas para el cuidado del cuerpo se imponen como un control social, pero se les hace parecer como propias de la voluntad de cada una de las mujeres.

Un ejemplo claro es la campaña de detección y tratamiento del cáncer cérvico uterino. Desde la visión médica más tradicional esta enfermedad se produce por “conductas riesgosas” como: el inicio temprano de vida sexual, la calidad y el número de embarazos, la presencia de infecciones frecuentes (relacionadas con higiene personal) y el número de parejas sexuales. Cada una de estas conductas consideradas de riesgo, aparecen como culpas de las mismas mujeres que padecen este tipo de cáncer, negando la verdadera causalidad que va más allá de la voluntad individual, por ejemplo no se hace suficiente énfasis en la correlación de este padecimiento con la presencia del virus del papiloma humano, que se trasmite en las relaciones sexuales o se aclara que se trata de un problema de la pareja; tampoco se proponen alternativas a las malas condiciones de vida que impiden una adecuada higiene; no se cuestiona la insuficiencia de los servicios médicos que proporcionan atención al embarazo; y desde luego no se hace la promoción suficiente para eliminar los prejuicios sobre el uso del condón.

Olvidan en resumen que las condiciones de existencia de muchas mujeres son de tal precariedad que una campaña aislada logrará pocos resultados.³⁰ Como ha sucedido con el cáncer cérvico uterino, por el que mueren cada vez más mujeres. La tasa de mortalidad por este mal ha aumentado de 17.4 por cien mil en 1974 a 25.67 en 1990.

Es evidente que la visibilidad de los problemas de salud reproductiva está relacionada con esta reducción del ser mujer a la sexualidad y que el control de los cuerpos femeninos aparece como una misión de la medicina hegemónica. En cambio, sucede lo contrario con aquellos padecimientos relacionados con el trabajo, los cuales resultan invisibles en la medida en que las trabajadoras no se distinguen de los trabajadores en sus especificidades y especialmente porque se desconocen las exigencias a que son sometidas, tanto en el trabajo doméstico como en el remunerado.

Para comprender los problemas de salud laboral primero habría que reconocer al trabajo como uno de los ejes que estructuran la vida social y particular, detallando además en que consisten los trabajos femeninos, sólo así se podrá entender que tanto el trabajo remunerado como el doméstico son determinantes del perfil de patología.

Existe un conjunto de circunstancias positivas y negativas que llevan a las mujeres a integrarse al mercado laboral. Unas como otras han llevado a un crecimiento constante de la fuerza de trabajo femenina en México, en 1950 fue el 12.9% de la PEA y en 1990 ya era el 26.6%.³¹ Pero este crecimiento es desigual por ramas ya que se ha orientado básicamente hacia actividades que son “extensión o derivación” del trabajo doméstico o que se caracterizan por pretendidas características femeninas. Las mujeres se concentran en el sector terciario (70.27%); en el secundario (20.27%)

en la industria de alimentos, ropa y maquila en general.³²

Esta situación de segregación ocupacional se caracteriza, además, por otros cinco rasgos que finalmente determinan las especificidades de la inserción femenina al mercado laboral: alta frecuencia de informalidad en el empleo, condicionamiento por los tiempos del ciclo de reproducción biológica, desvalorización social de la fuerza de trabajo femenina, aplicación contradictoria de la ley y por último, imposición de consideraciones patriarcales acerca de las relaciones entre varones y mujeres.³³

Al combinar estos rasgos con las características de los procesos de trabajo privilegiadamente femeninos se producen exigencias específicas que determinan la salud laboral de las mujeres. En los servicios, estas ocupaciones se caracterizan por la necesidad de establecer interrelaciones personales y la responsabilidad frente a los demás, lo cual genera ansiedad.³⁴

En la industria de la transformación donde se ocupan mayoritariamente las mujeres, las labores se caracterizan por ser parciales, descalificadas, rutinarias y repetitivas, con ritmos de producción en constante aceleración y una estructura estricta de supervisión, las obreras deben permanecer sentadas o paradas prácticamente toda la jornada, utilizando intensivamente algunas partes del cuerpo mientras el resto permanece inmóvil, los tiempos de descanso son breves y espaciados, se usan sustancias tóxicas y es común la concentración de polvos, humos y vapores. Quizá esto influya en que los tumores malignos ocupen un lugar más importante entre las mujeres aseguradas del IMSS que en las reportadas por otras instituciones de salud. En el caso de la maquila, se agregan a los problemas de la industria en general, una mayor

insalubridad, inestabilidad en el empleo y jornadas extensivas. En el trabajo industrial a domicilio las mujeres se enfrentan a deterioradas condiciones laborales con negociaciones individuales que no les permiten ejercer ninguna presión para lograr mejoras.³⁵

En el campo, el trabajo agrícola prácticamente no se distingue del doméstico, las labores que desarrollan las mujeres requieren de esfuerzo físico excesivo, lo que significa problemas de fatiga y otros relacionados como hernias y prolapso uterovaginal, que son el cuarto y sexto diagnóstico en importancia entre las mujeres atendidas por IMSS\Solidaridad. Además, la pobreza casi generalizada en que viven, se relaciona con procesos infecciosos frecuentes, intestinales, respiratorias y en el aparato reproductor. Es claro que también la falta de atención médica para la población femenina rural acentúa este desfavorable panorama.³⁶

Tanto en el trabajo doméstico como en muchos de los trabajos remunerados que se consideran femeninos, se debe destacar como una exigencia la responsabilidad frente a los demás, ésta puede expresarse frente a los familiares a los que reciben un servicio e incluso con los compañeros de trabajo, como una parte constitutiva de la identidad de las mujeres. Ello significa que a las exigencias del trabajo en general se debe agregar ésta, la cual es resultado de un proceso de capacitación que forma parte de la construcción genérica.

Por otro lado faltaría agregar a esta combinación de exigencias la obligación adjudicada a las mujeres de realizar el trabajo doméstico. Este, como cualquier otro trabajo, es resultado de un esfuerzo y debe considerarse determinante del perfil de patología. Tres de sus características son fun-

damentales en esta determinación:³⁷ primero, la continuidad, ya que las necesidades de la vida cotidiana se extienden día y noche, durante todos los días de la semana; segunda, la heterogeneidad derivada de la existencia de diversas tareas, que se pueden clasificar en cuatro tipos: las de ejecución (lavar, planchar, limpiar, etcétera); las de gestión (trámites, pagos); las que son propias de la reproducción biológica (embarazo, crianza), y las afectivas y de socialización. Por último, la tercera característica del trabajo doméstico es su complejidad, que resulta de la necesidad de desarrollar lo mismo cualidades físicas, que conocimientos y habilidades complicadas, pero sobre todo de la obligación de realizar muchas tareas al mismo tiempo.^{38,39,40}

En el caso de las mujeres que realizan trabajo remunerado y doméstico existe una combinación de exigencias que se pueden considerar como doble jornada. Esta jornada prolongada influye en cuestiones que afectan la salud como por ejemplo: descanso insuficiente, pocas horas de sueño, mayor tensión por la responsabilidad sobre los demás y mayor esfuerzo físico. De esto se puede deducir que existe una patología relacionada con la doble jornada relacionada con la fatiga y el estrés.

Dadas las consideraciones planteadas acerca de la importancia de la construcción de la identidad genérica en la determinación de la morbilidad y mortalidad diferencial entre varones y mujeres, se destaca el hecho de que los varones mueren más que las mujeres en los grupos de edad intermedios o sea en las edades productivas, pero lo que no se ha dicho que a cambio ellas tienen un mayor número de enfermedades que ellos.

En los cuatro servicios de salud más importantes del país -Secretaría de Salud, IMSS, IMSS\Soli-

daridad e ISSSTE- en 1991 entre el 70 y el 80 por ciento de los egresos reportados, correspondieron a mujeres. Se sabe que una parte importante de esos egresos no son por enfermedades ya que corresponden a partos y otras razones para el contacto con los servicios de salud, sin embargo si se toman solamente los daños los porcentajes de egresos hospitalarios siguen siendo mucho más altos entre las mujeres ya que van del 60 al 70 por ciento.⁴¹

Esta mayor demanda de atención por parte de las mujeres debe estar relacionada con las necesidades propias de la procreación pero también con la aceptación de la “debilidad” que significa la enfermedad y la necesidad de apoyo, aceptación que no se da tan fácilmente entre los varones. También se puede entender como un proceso de desgaste constante y lento que no lleva a la muerte temprana, pero que significa una sobrevivencia de baja calidad.

Se ha hablado mucho acerca de la pobreza feminizada y es importante señalar que ésta se relaciona con la privación de posibilidades de desarrollo físico y mental: a través del deporte, de la recreación y de la educación formal. Además tiene que ver con situaciones de soledad, menores oportunidades de obtener empleo y de percibir un salario suficiente.⁴²

Así, la condición de género enmarca la presencia de un perfil de patología específico de las mujeres en cuanto a su condición de fuerza laboral menos valorada, en su situación de mayor pobreza, especialmente cuando es jefa de familia, y finalmente en lo que se refiere a la respuesta social frente a sus procesos vitales relacionados con la reproducción.

VI

La explicación de las condiciones de salud debe abarcar tanto el nivel individual del mundo privado, el particular de trabajo y el general de la sociedad, la condición de género penetra cada uno de esos niveles porque siendo un elemento constitutivo de las relaciones sociales, se expresa en símbolos, conceptos normativos y nociones políticas que llevan a la identificación subjetiva del ser varón o mujer.⁴³

Pero además esta condición genérica establece una distribución de poder que es legitimada en cada espacio y nivel de agregación. Lo mismo en la vida cotidiana que se presenta ordenada y constituida con significados compartidos que asignan las identidades que presuponen las relaciones desiguales entre varones y mujeres, que en la particular de las relaciones laborales que se justifican en la apariencia de una existencia dicotómica, inmutable y natural de la feminidad y la masculinidad y que finalmente es resultado de el nivel más general en donde se percibe y afirma la sociedad patriarcal fundada en la supuesta inevitabilidad biológica que justifica las actitudes patriarcales.

El uso de la categoría de género permite decodificar estos significados y comprender las conexiones de las relaciones que impiden la igualdad entre varones y mujeres. Con su aplicación se pueden reconocer las diferencias morfológicas y funcionales del proceso biológico de la reproducción y rechazar la adjudicación de papeles excluyentes con diferente jerarquía.

Al entender la sociedad como una construcción histórica, se desmontan los argumentos de invariabilidad biológica que se han transformado en un arma en apoyo de la sociedad patriarcal y se po-

drán comprender las verdaderas determinaciones de los daños a la salud situadas en las relaciones desiguales, como son las que se establecen entre varones y mujeres. Se podrá enriquecer la lucha por el control de los procesos vitales, haciendo énfasis en aquellas imposiciones que llevan a los

varones a la muerte prematura por destructividad y a las mujeres a una vida escindida que las especializa y limita, convirtiéndolas en objetos de las políticas sanitarias y en usuarias constantes de los servicios de salud.

Bibliografía

- 1 Mariano Noriega, (coordinador). *En defensa de la salud en el trabajo*. México, Sindicato Independiente de Trabajadores de la Universidad Autónoma Metropolitana, México, 1989.
- 2 Florencia Peña Saint Martin. "Los estudios sobre la mujer, la investigación sobre el género y el feminismo". *Salud Problema*, núm. 24, 1994.
- 3 Pierre Achard. *Discurso Biológico y orden social*. México, Nueva Imagen, 1980.
- 4 Aida Aisenson Kogan. *Cuerpo y Persona: filosofía y psicología del cuerpo vivido*. México, Fondo de Cultura Económica, 1981.
- 5 Agnes Heller. *Sociología de la vida cotidiana*. Barcelona, Península, 1977.
- 6 Heller, *op. cit.*
- 7 Marta Lamas. "La antropología feminista y la categoría de género". En *Nueva antropología* No.30. Noviembre 1986. México.
- 8 "...conjunto de relaciones de producción, de reproducción y por todas las demás relaciones vitales, en que están inmersas las mujeres independientemente de su voluntad y de su conciencia, y por las formas en que participan de ellas; por las instituciones políticas y jurídicas que las contienen y las norman; y por las concepciones del mundo que las definen e interpretan." Lagarde, Marcela. *Cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. México, Coordinación General de Estudios de Posgrado. Fac. Filosofía y Letras. UNAM, 1990.
- 9 Joan Scott. "El género útil para el análisis histórico" en *Historia y género*. España, Universidad Valenciana, 1993.
- 10 Elizabeth Badinter. XY *La identidad masculina*. Madrid, Alianza Editorial, 1992, p 50.
- 11 R. C. Lewontin, S. Rose y L.J. Kamin, *No está en los genes*. México, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, 1991.
- 12 Erich Fromm. *Grandezas y limitaciones del pensamiento de Freud*. México, Siglo XXI, 1986, p 22.
- 13 María de los Ángeles Garduño y Margarita Márquez. "La Salud laboral Femenina. Apuntes para su investigación". En: Laurell, Cristina (Coord.) *Para la investigación de la salud de los trabajadores*. Washington, OPS. Serie Paltex, Salud y Sociedad 2000, 1993.
- 14 Badinter, *op. cit.*
- 15 Heller, *op. cit.*
- 16 María de los Ángeles Garduño. "Determinación genérica de la mortalidad masculina"; V Congreso Nacional de Salud Pública, 24-26 enero 1994, Cuernavaca, Morelos.
- 17 Erich Fromm. *Anatomía de la destructividad humana*. México, Siglo XXI, 1975.
- 18 Michel Kaufman. *Hombres, placer, poder y cambio*. Santo Domingo, Centro de Investigaciones Para la Acción Femenina, 1989.
- 19 Kate Millet. *Política Sexual*. México, Aguilar, 1977.
- 20 Eduardo Menéndez. *Morir de Alcohol*. México, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes y Alianza Editorial Mexicana, 1990.
- 21 Badinter, *op. cit.* p. 160.
- 22 Estos porcentajes fueron en el caso de las mujeres,

- de 3.15, 2.92, 1.24 y 3.45 respectivamente. *Información Estadística del Sector Salud y Seguridad Social*, Cuaderno número 9. México, INEGI, 1993.
- 23 María de los Ángeles Garduño. "Comprender la salud femenina". III Congreso Feminista, enero 1994, México, D.F.
- 24 Marcela Lagarde. Ponencia presentada en "Políticas públicas, mujeres, maternidad: un debate urgente". Grupo de Educación Popular con Mujeres, GEM, México, D.F., 2-4 diciembre, 1993.
- 25 Garduño y Márquez, *op. cit.*
- 26 Peña Saint Martin, *op. cit.*
- 27 Aisenson, *op. cit.*
- 28 La atención del parto en servicios de salud es importante en la disminución de la mortalidad infantil (menores de un año) y de la llamada mortalidad materna, esta disminuyó de tasa de 37.02 por cien mil en 1985 a 22.88 en 1990.
- 29 Lagarde, 1994, *op. cit.*
- 30 Graciela Aguilar. *El cáncer cervicouterino en México*. Tesis de grado en elaboración. Maestría de Medicina Social. UAM-X.
- 31 Desde luego se sigue manteniendo mucho más baja la participación de las mujeres que de los varones, de la población femenina mayor de 12 años sólo se registra el 19.58 por ciento como PEA, mientras que en la masculina este porcentaje es de 68%.
- 32 *Resumen General XI Censo General de Población y Vivienda*, 1990. México, INEGI, 1992.
- 33 Como se señaló anteriormente, las mujeres realizan preferentemente ciertos trabajos, de hecho existen oficios privilegiadamente femeninos, especialmente en los servicios. El 56.11% de la PEA femenina se encuentra en las ocupaciones de: oficinista, trabajadora doméstica, comerciante y dependiente (empleada y por su cuenta), servidora pública y trabajadora de la educación. *Ibid.*
- 34 Cristian Bustamante, Magdalena Echeverría y Manuel Parra. *Condiciones de trabajo en el servicio de tesorería*. Chile, PET, 1990.
- 35 Lourdes Beneira, y Martha Roldán. *Las encrucijadas de clase y género*. México, Colegio de México y Fondo de Cultura Económica, 1992.
- 36 Catalina Gougain. "Oaxaqueñas sin respiro de sol a sombra", en *FEM* núm. 35, México, 1984.
- 37 María de los Angeles Durán. *La jornada interminable*. Barcelona, Icaria, 1987.
- 38 Jean Gardiner. "El trabajo doméstico de las mujeres" en *Patriarcado capitalista y feminismo socialista*. México, Siglo XXI, 1980.
- 39 Isabel Larguía. "Contra el trabajo invisible", en *La liberación de la mujer año cero*. España, Gedisa, 1977.
- 40 Elia Ramírez. "Herramientas para captar el trabajo doméstico", en *Trabajo femenino y crisis en México*. México, UAM-X, 1990.
- 41 La mayor demanda de atención no significa alta mortalidad femenina, pues como se ha dicho en todos los grupos de edad mueren más varones, de la mortalidad general el 56.54% les corresponde a ellos, acentuándose la sobremortalidad masculina en las llamadas edades productivas, en el grupo de edad de 15 a 64 años el 65.07% de los muertos son varones.
- 42 Los hogares de jefatura femenina van en aumento en México, en 1990 el 57.8% de las mujeres mayores de 12 años (16 690 505) se reportan como madres, y de ellas el 17.26% están solas, 8.98% viudas, 3.76% solteras, 2.89% separadas y 1.63% divorciadas. Estrictamente se puede decir que el 17.26% reportaron no tener pareja y ser madres. Sin embargo este porcentaje se puede modificar si tomamos en cuenta que los datos proporcionados por varones y mujeres respecto a su estado civil son diferentes, así hay un excedente de 621 472 mujeres que se consideraron casadas y 204 508 en unión libre, en total el 2.86% de la población femenina mayor de 12 años. *XI Censo General de Población y Vivienda, Resumen General, 1990.. México*, INEGI, 1992
- 43 Scott, *ibid.*

La fábrica en el territorio. La industria química en la zona conurbada de la Ciudad de México*

José Blanco • José Alberto Rivera • Oliva López • Marina Altagracia

RESUMEN

En este trabajo se desarrolla una propuesta metodológica para evaluar, de manera inicial, los riesgos y daños potenciales a la salud provocados por la contaminación de la industria química en territorios determinados. Se propone contribuir a la identificación de sitios para la realización de estudios etiológicos y ofrecer algunas pistas que permitan dirigir y enfocar este tipo de estudios. Se estudiaron 112 plantas industriales, distribuidas en 18 municipios del Estado de México. Los municipios estudiados son calificados como de muy alto, alto y bajo riesgo, dependiendo de criterios como: riesgo químico -por concentración de plantas en el territorio- y manejo de grupos de productos químicos intermedios y/o terminales, que pueden dañar potencialmente la salud de la población expuesta. Los distintos productos se clasificaron en seis grupos de efectos potenciales: grupo 1 efectos sistémicos: renal, hepático, digestivo y/o hematológico (incluyéndose los carcinogénicos); grupo 2 efectos respiratorios; grupo 3 efectos a piel, mucosas y conjuntivas; grupo 4 efectos de neurotoxicidad; grupo 5 efectos sobre la función reproductiva y grupo 6 efectos de teratogenicidad o embriotoxicidad. De acuerdo a los resultados obtenidos la producción y/o manejo de sustancias y compuestos altamente contaminantes por la mayoría de las plantas industriales, constituyen un serio problema tanto de salud pública como de contaminación hacia el entorno inmediato, el cual merece ser contemplado como prioritario en los distintos niveles gubernamentales así como en distintos grupos académicos y de investigación.

PALABRAS CLAVE: contaminación ambiental, industria química, riesgo químico, riesgo a la salud.

ABSTRACT

A methodological approach for the qualitative assessment of the potential chemical health risk due to activities of chemical industrial plants located in specific territories is proposed. This paper contributes to the identification of sites for etiological studies and offers some suggestions to allow the focus of these studies. A group of 112 chemical plants, located in 18 municipalities of the Valley of Mexico were

Publicado originalmente: Blanco, J., Rivera, J.A., López, O. y Altagracia, M. (1997). La fábrica en el territorio. La industria química en la zona conurbada de la Ciudad de México. Salud Problema, Nueva Época, 2(3), 63-73.

Fecha de recepción: enero de 1997

Fecha de aprobación: mayo de 1997

Correspondencia: Dr. José Blanco, Maestría en Medicina Social, UAM-X, Calzada del Hueso 1100, 04960 México, D.F.

studied. Potential health risks in these areas were evaluated with two main criteria: Potential chemical risk (concentration of chemical plants on the specific territory) and, concentration of intermediate and/or final chemical products. These chemical products were classified in six groups on the basis of their potential health effects: group 1 systemic effects (including renal, hepatic, digestive, haematologic, carcinogenic); group 2 respiratory effects; group 3 skin and/or mucosae effects; group 4 neurotoxicity effects; group 5 effects on reproductive functions, and group 6 teratogenic and/or embriotoxic effects. It was possible to identify three subgroups qualified as very high (labeled “permanent enviromental emergency zones”), high and low risk municipalities depending on exposure of the population population to potential hazards. According to the results, production and/or handling of highly pollutant substances and compounds become a serious public health and environmental problem which must be a priority at all government levels and of interest to research groups.

KEY WORDS: environmental pollution, chemical industry, chemical risk, health risk.

Introducción

Como consecuencia del deterioro ambiental ocasionado por una gran diversidad de procesos industriales, la calidad de vida y la salud de la población mexicana -en especial aquella que se asienta en concentraciones urbanas- se han visto afectadas. Dentro de esta problemática, destaca la contaminación originada por la elaboración, la transformación y el manejo inadecuado de sustancias químicas. Con algunas excepciones, en la industria química nacional es habitual que se rebasen los límites máximos permisibles y se utilice una tecnología atrasada con procesos abiertos que emiten al entorno humos, gases y vapores. Asimismo, se tiene poco control sobre los desechos y estos son depositados a “cielo abierto”, o bien, vertidos directamente al drenaje general.

En ese contexto, es necesario introducir en el análisis de condiciones de vida una valoración inicial del riesgo potencial que significan tales procesos industriales, su impacto sobre el entorno inmediato y especialmente, sobre la salud de la población trabajadora expuesta. Desde luego, el nivel de riesgo dependerá de diversos elementos

tales como: volumen producido, límites máximos permisibles en la concentración de las distintas sustancias y/o compuestos, tipo de tecnología utilizada, sistemas de protección y formas de disposición de los desechos, entre otros. Lo anterior tiene implicaciones sobre la población asentada en el entorno inmediato de las distintas plantas, lo cual impacta potencialmente la salud del resto de la población por la contaminación a distancia mediante la dispersión de las partículas contaminantes en todo el territorio, asimismo, por la diseminación de los desechos vía el drenaje general.

En el presente trabajo se propone una valoración cualitativa inicial de los riesgos y daños potenciales a la salud causados por la presencia de la industria química en territorios determinados. El propósito es aplicar algunas de las propuestas en la idea de “la fábrica en el territorio” (Oddone, Marri y Gloria et al., 1977) y contribuir a la identificación de sitios para la realización de estudios etiológicos y ofrecer algunas pistas que permitan dirigir y enfocar este tipo de investigaciones (Sterhr-Green y Lybarger, 1989). Es importante

señalar que se trata de un abordaje inicial, en este sentido, no es posible obtener una calificación precisa con la información con que se cuenta actualmente. Para ello, se requeriría de aproximaciones específicas por empresa o grupos de empresas, o bien por sustancias o grupos de estas.

Material y métodos

Con base a fuentes secundarias, se realizó un inventario de plantas localizadas en los municipios conurbados del Estado de México, se identificaron las materias primas utilizadas, así como los principales productos y subproductos, se identificó el tipo potencial de contaminación y finalmente, se realizó una descripción de los riesgos y daños potenciales para la salud de la población expuesta.

A partir de la información reportada por la Asociación Nacional de la Industria Química (ANIQ, 1991), se identificaron las plantas de la industria química localizadas en los municipios del Estado de México que conforman la Zona Conurbada de la Ciudad de México ZCCM.¹ Se decidió incluir a los municipios del Valle de Toluca por su cercanía con la ZCCM, además, por constituir prácticamente un solo corredor industrial. De acuerdo a lo anterior, se recabó información de un total de 112 plantas localizadas en 18 municipios, de los cuales, 14 se ubicaron dentro del Valle de México y cuatro dentro del Valle de Toluca (ver cuadro 1).

A continuación, se describen los procedimientos utilizados para la construcción de los criterios de calificación de los municipios según Riesgo Químico y Daños Potenciales a la Salud.

Valoración de municipios según riesgo químico

En un primer paso, se realizó una evaluación del Nivel de Riesgo Químico para cada municipio tomando en cuenta dos criterios básicos:

- 1) *Concentración* de plantas industriales
- 2) *Concentración* de familias de productos químicos producidos

Para la aplicación del primer criterio se ordenaron los municipios de ambas zonas de acuerdo al número y porcentaje de plantas industriales localizadas en el respectivo territorio municipal; mientras que para el segundo, a partir de la información reportada por la ANIQ para cada planta industrial, se identificaron 31 grandes “familias de productos básicos, intermedios y/o terminales”² y se obtuvo el número y porcentaje de plantas que las producían o manejaban.

Conviene aclarar que estos criterios al no ser excluyentes, debieron ser combinados, ya que se podría dar el caso de que algunos municipios tuvieran una baja concentración de plantas industriales, pero que representarían un riesgo potencial alto por el tipo de productos elaborados o bien, por el tipo de tecnología y procesos utilizados. A partir de la combinación de criterios se clasificó a los municipios como de Bajo, Alto o Muy Alto Riesgo Químico. Estos últimos fueron considerados como “Zonas de Emergencia Ambiental Permanente”.

¹ A partir de aquí se referirá como Valle de México.

² Familia de productos químicos se refiere a todas aquellas materias primas, sustancias, compuestos y demás componentes que intervienen directa o indirectamente en la elaboración de productos básicos, intermedios y/o terminales.

Incorporación del criterio Riesgo/Daños

Una segunda calificación municipal surgió a partir de la incorporación del criterio Riesgos/Daños a la salud de la población expuesta. Siempre que fue posible, se identificaron los daños potenciales que pueden tener como origen, tanto los productos terminales, como las sustancias y compuestos que intervienen en el proceso de elaboración. Cuando se reconoció con claridad el producto terminal y/o los compuestos que intervienen, se consultaron diferentes fuentes para identificar los daños potenciales a la salud causados por la exposición a sustancias -o una combinación de ellas- y compuestos durante el proceso de producción. Entre los trabajos y fuentes consultadas destacan, por ejemplo, los de la Organización Mundial del Trabajo (OIT, 1983), Beliakova, *et al.*, (1989), Wong, (1990), Leung y Paustenbach, (1990), Ford, *et al.*, (1991), Coggon *et al.*, (1991), Czumowski y Krechniak, (1990), Esmen e Erdial, (1990) y Otto, *et al.*, (1990).

En vista de la gran diversidad de sustancias, compuestos intermedios y terminales y, en consecuencia, la multiplicidad de daños sobre la salud se conformaron seis grupos de efectos potenciales:

Grupo	Efectos
1	Sistémicos: renal, hepático, digestivo y/o hematológico. (Se incluyen los carcinogénicos)
2	Respiratorios: Se decidió diferenciar este grupo con respecto al anterior por la importancia no sólo con respecto a la población de las inmediaciones de cada planta, sino por las posibilidades de contaminación a distancia.
3	En piel, mucosas y conjuntivas
4	De neurotoxicidad
5	Sobre la función reproductiva: trastornos de la fecundidad
6	6 De teratogenicidad o embriotoxicidad

Cada uno de estos grupos fue aplicado a cada familia de productos químicos identificados, calificando el nivel de riesgo de acuerdo a la siguiente escala:

Valor	Observaciones
0.0	No produce danos identificables (de alguno de los grupos construidos)
0.5	No se tiene informacion sobre los danos potenciales (de alguno de los grupos construidos)
1.0	Sospechoso de producir danos potenciales (de alguno de los grupos construidos)
2.0	Si produce danos potenciales (de alguno de los grupos construidos)

De esta forma se ponderó el nivel de riesgo potencial, en cada uno de los seis grupos propuestos, de cada una de las familias de productos químicos. El nivel mínimo posible fue de 12, en el caso de que en cada uno de los seis grupos se obtuvieran dos puntos significó que "sí produce daños potenciales". Teóricamente, el valor más bajo debería ser 0, sin embargo, en todos los casos se obtuvo un valor de menos 0.5 "no se tiene información sobre los daños potenciales".

En un siguiente paso, se calificó el nivel de riesgo potencial de cada uno de los municipios estudiados. Se tomó en cuenta no sólo la presencia de un proceso industrial riesgoso -la producción de alguno de los grupos "familias" de productos químicos-, sino la densidad de plantas en cada uno de los municipios.

Esto se resolvió multiplicando el valor obtenido por cada familia de productos, por el número de plantas que las producen en cada municipio, con lo que se obtuvo un puntaje Riesgo/Daño (Val-RD).

$$\text{ValR/D} = \text{Vfnp}$$

En donde:

ValRD = Puntaje Riesgo/Daño.

Vf = Valor obtenido por cada familia de productos.

np = Número de plantas que producen determinada familia.

De acuerdo con los datos obtenidos se asigna cada municipio al correspondiente nivel de Riesgo/Daños a la salud: Muy Alto Riesgo Químico (MARQ), Alto Riesgo Químico (ARQ) y Bajo Riesgo Químico (BRQ).

Resultados

En el Estado de México, se localiza un total de 112 plantas de la industria química distribuidas en solo 18 municipios. El 60 por ciento se ubica en tres entidades: Ecatepec con 27 plantas (24 por ciento del total y 29 por ciento con respecto al Valle de México), Tlalnepantla con 25 (23 y 26.9 por ciento) y Naucalpan con 15 (13 y 16.1 por ciento). El 40 por ciento restante se distribuye entre las otras 15 localidades. De todas las plantas reportadas, el 83 por ciento se ubica en el Valle de México -lo que eleva al 72 por ciento la concentración de plantas en los tres municipios que poseen el mayor número-. Las 19 empresas asentadas dentro del Valle de Toluca (17 por ciento) se concentran principalmente en los municipios de Toluca (42 por ciento) y Lerma (36 por ciento), con ocho y siete plantas respectivamente (ver cuadro 1)

Se pueden distinguir 31 familias de productos terminales, las cuales a su vez requieren de una gran variedad de materias primas y productos inter-

medios. La mayoría de las empresas fabrica más de un producto. Esto implica que en una misma planta se pueden dar distintos procesos simultáneamente; de esta manera, tanto los riesgos potenciales a la salud de la población expuesta como la contaminación del entorno se incrementan.

De los productos básicos, intermedios y/o terminales con un mayor número de plantas que los elaboran destacan, primero, las resinas, pegamentos, adhesivos e impermeabilizantes con un 32.1 por ciento (36 plantas industriales), el segundo lugar lo ocupan los hules, plásticos y derivados con el 31.3 por ciento (35 plantas), los colorantes, pigmentos y derivados ocupan el tercer lugar con un 18.8 por ciento (21 plantas), seguidos de la industria de ácidos 17 por ciento (19 plantas), alcoholes y solventes con un 14.3 por ciento (16 plantas), los productos alcalinos en un 12.5 por ciento y son producidos en 14 plantas; pinturas, barnices, silicones y derivados con un 10.7 por ciento con 12 plantas cada una; aditivos, detergentes y productos farmacéuticos con un 8.9 por ciento (10 plantas cada una); los productos para la industria del calzado, así como los recubrimientos industriales con un 8 por ciento, (9 plantas). Destacan las plantas industriales que producen insecticidas, herbicidas y fungicidas, así como las que elaboran explosivos industriales (7 plantas). El resto de las familias son procesadas por un número menor de plantas que van de uno a seis (ver cuadro II)

Según la combinación de los criterios uno y dos (concentración de plantas industriales y tipo de sustancias y compuestos producidos), los municipios del Valle de México que pueden ser clasificados como de MARQ se ubican en el siguiente orden: primero Ecatepec, segundo Tlalnepantla, tercero Naucalpan. En el conjunto de estos tres

municipios, se produce el 100 por ciento de la producción estatal de las siguientes familias de productos: *a)* insecticidas, fungicidas, herbicidas y pesticidas; *b)* metales pesados; *c)* minerales no metálicos, *d)* sales, *e)* tintas, *f)* hormonas, *g)* reactivos analíticos, *h)* clorofluorocarbones, *i)* alcoholes y solventes, *j)* silicones y derivados y *k)* aditivos industriales.

Asimismo, se produce más del 80 por ciento de estas tres últimas familias de productos. En estas mismas localidades se producen las dos terceras partes de los colorantes y pigmentos, de explosivos industriales y de productos químicos orgánicos e inorgánicos; más de la mitad de los gases industriales, pinturas y barnices, resinas adhesivas, pegamentos e impermeabilizantes, así como productos agroquímicos, álcalis, recubrimientos industriales y productos para la industria del calzado. Se decidió incluir en este grupo al municipio de Cuautitlán - que ocupa el cuarto lugar porque aun cuando tiene un grupo relativamente bajo de plantas, existen dos empresas que producen una gran variedad de compuestos de muy alto potencial contaminante. Estos cuatro municipios concentran el 38.1 por ciento de la población total del Valle de México (2 756 351).

Aunque se desconoce el volumen producido, las medidas de control que permiten mantener los niveles máximos permisibles y los procesos tecnológicos empleados, puede decirse que por la concentración de plantas industriales, por el tipo de sustancias y compuestos que se producen y por la densidad de población, este conjunto de municipios constituyen una “Zona de Emergencia Ambiental Permanente” que requiere del establecimiento de medidas que regulen la industria y el monitoreo ambiental y epidemiológico.

En el grupo de ARQ fueron clasificados Tlaxiaco, Los Reyes, Nezahualcóyotl, Tulpetlac y Atizapán de Zaragoza. Dentro de este grupo se incluye a Huehuetoca ya que aunque se reporta una sola empresa, esta produce cuando menos ocho tipos distintos de familias de productos químicos, entre los que destacan: agroquímicos y explosivos industriales en un 20 y un 16 por ciento respectivamente, de la producción estatal. Estos seis municipios concentran el 27.3 por ciento (1 978 089) de la población del Valle de México.

Finalmente, dentro del grupo de BRQ se ubicaron Tezoyuca, Tecámac, Cuautitlán Izcalli y Zumpango, en los que se asienta el 7.4 por ciento (533 797) de la población en la zona. Por lo que se refiere al Valle de Toluca los municipios de MARQ y que deben considerarse como “Zona de Emergencia Ambiental Permanente” son: Toluca y Lerma, ambos concentran el 80 por ciento de la producción de compuestos químicos de la zona, entre los que destacan: fibras sintéticas (66 por ciento de la producción estatal), álcalis, gases industriales, resinas adhesivas, productos agroquímicos, explosivos, colorantes y pigmentos, silicones y derivados. Ambas localidades representan el 86.7 por ciento de la población del corredor industrial Toluca-Lerma.

Como de ARQ fueron clasificados Santiago Tlaxiaco y Ocoyoacac. En este último municipio se reporta una sola empresa pero el tipo de producción -hules, plásticos y derivados- es potencialmente contaminante. Estos dos municipios concentran el 12.7 por ciento de la población del corredor industrial Toluca-Lerma. Es importante mencionar que dentro del Valle de Toluca no se encontraron municipios de BRQ. La clasificación descrita aparece resumida en el cuadro III.

De acuerdo a la calificación de los municipios según los Riesgos/Daños,³ por la concentración de plantas y la variedad de sustancias y compuestos utilizados y producidos, los municipios de Ecatepec, Tlalnepantla y Naucalpan, ocupan los tres primeros lugares y se consideran como de MAR. En conjunto, acumulan dos tercios del puntaje ValR/D de todos los municipios del Estado de México que cuentan con industria química. Cabe destacar, que el tercer lugar de este conjunto (Naucalpan) obtuvo un puntaje ValR/D de prácticamente la mitad del municipio ubicado en primer lugar. Los municipios de Lerma, Toluca, Cuautitlán y Tultitlán fueron considerados como de AR. Los once municipios restantes son valorados como de BR (ver cuadro IV)

Al analizar el comportamiento de cada uno de los municipios estudiados según los tres criterios de calificación de riesgo propuestos: 1) concentración de plantas industriales, 2) concentración de familias de productos químicos producidos y 3) por daños a la salud potenciales, se obtiene la imagen que aparece en el cuadro V. Como puede verse, solo en la mitad de los municipios calificados de MARQ (Ecatepec, Tlalnepantla y Naucalpan) se corresponde con una calificación igual para Riesgos/Daños MAR. Cuautitlán, Toluca y Lerma se ubican en AR para Riesgos/Daños, lo cual se explica en función de la menor concentración de plantas industriales y por el hecho de que el patrón de ordenamiento y calificación está determinado por los muy altos valores obtenidos por el municipio de Ecatepec

Conclusiones

La dificultad principal que se tuvo para realizar esta valoración fue la información que se presenta de manera genérica en las fuentes básicas utilizadas. Se incluyen exclusivamente las empresas reportadas por la ANIQ, en donde se describe de forma muy general el tipo de productos terminales que se elaboran. A pesar de ello, se pudo reconstruir información que permite crear un marco referencial para estudios posteriores y una primera identificación de los riesgos potenciales para la salud. Este diagnóstico intenta contribuir a la identificación de prioridades para la investigación y orientar sobre el tipo de intervenciones para prevenir o minimizar problemas de salud resultantes de exposiciones que ya hayan ocurrido. Así, la calificación de los municipios y su agrupación en niveles de prioridad permitiría definir el tipo de acciones para las zonas con mayores necesidades, por ejemplo: programas de mejoramiento ambiental, regulación de procesos industriales riesgosos, desarrollo e implementación de procedimientos de monitoreo ambiental y poblacional además de definir acciones para afrontar emergencias industriales.

La problemática que plantea este tipo de contaminación potencial es suficiente para llamar la atención de grupos de investigación en salud ambiental que esten interesados en explorar, de manera mas precisa, la magnitud de los riesgos y daños que implica la presencia de la industria química en territorios específicos, tomando como punto de partida la propuesta metodológica que aquí se presenta.

³ Se insiste en que la precisión del nivel de riesgo requeriría de estudios específicos. Los resultados que aquí se refieren están basados en información de fuentes secundarias.

Bibliografía

- ANIQ (1991). Directorio de Empresas, Productos, Servicios y Distribuidores de la Industria Química, Mexico, Asociación Nacional de la Industria Química.
- Beliakova SV, Remennik LI, Solenova LG (1989). "Disorders of the reproductive function of female workers in resin-producing industry", *Gig Tr Prof Zabol*, 11:36-38.
- Coggon D, Pannett B, Winter P (1991). "Mortality and incidence of cancer at four factories making phenoxy herbicides", *Br J Ind Med*, 48:173-178.
- Czamowski W, Krechniak J (1990). "Fluoride in the urine, hair, and nails of phosphate fertiliser workers", *Br J Ind Med* 1990; 47:349-351.
- Esmen NA, Erdial S (1990). "Human occupational and nonoccupational exposure to fibers", *Environ Health Perspect*, 88:277-286.
- Ford DP, Schwartz BS, Powell S, Nelson T, Keller L, Sides S. et al (1991). "A quantitative approach to the characterization of cumulative and average solvent exposure in paint manufacturing plants". *Am Ind Hyg Assoc J*, 56:226-234.
- International Labour Office (1983). *Enciclopedia of Occupational Health and Safety*, Geneva: International Labour Office.
- Leung HW, Paustenbach DJ (1990). "Organic acids and bases: review of toxicological studies", *Am J Ind Med*, 18:1717-735.
- Oddone I, Mani G, Gloria S, Briante G, Chiatella M, Re A (1977). *Ambiente di lavoro: la fabbrica nel territorio*, Roma: Editrice Sindacale Italiana: 104-120.
- Otto D, Molhave L, Rose G, Hudnell HK, House D (1990). "Neurobehavioral and sensory irritant effects of controlled exposure to a complex mixture of volatile organic compounds", *Neurotoxicol Teratol*, 12:649-652.
- Stehr-Green PA, Lybarger JA (1989). "Exposure to toxic waste sites: an investigative approach", *Public Health Rep*, 104:71-74.
- Wong O (1990). "A cohort mortality study and case-control study of workers potentially exposed to styrene in the reinforced plastics and composites industry", *Br J Ind Med*, 47:753-762.

**Cuadro I. Municipios con riesgo por presencia de Industria Química
ordenados por número de plantas industriales
Valle de México y Valle de Toluca, 1991**

ORDEN	MUNICIPIOS	No.	%	ACUMULADO
1	Ecatepec	27	29.0	29.0
2	Tlalnepantla	25	26.9	55.9
3	Naucalpan	15	16.1	72.0
4	Cuautitlán	7	7.5	79.5
5	Tultitlán	6	6.5	86.0
6	Los Reyes la Paz	2	2.2	88.1
6	Nezahualcóyotl	2	2.2	90.3
6	Atizapán de Zaragoza	2	2.2	92.4
6	Tulpetlac	2	2.2	94.6
7	Huehuetoca	1	1.1	95.7
7	Tezoyuca	1	1.1	96.7
7	Tecámac	1	1.1	97.8
7	Cuautitlán Izcalli	1	1.1	98.9
7	Zumpango	1	1.1	100.0
Totales (Valle de México)		93	100.0	
1	Toluca	8	42.1	42.1
2	Lerma	7	36.8	78.9
3	Ocoyoacac	2	10.5	89.5
3	Santiago Tianguistenco	2	10.5	100.0
Totales (Valle de Toluca)		19	100.0	
Total de plantas industriales		112		

FUENTE: ANIQ. Directorio de Empresas, Productos, Servicios y Distribuidores de la Industria Química, 1991.

**Cuadro II. Familias de productos terminales y número de plantas
que las producen Estado de México, 1991**

FAMILIAS DE PRODUCTOS	No. PLANTAS	%(*)
1 Resinas, pegamentos, adhesivos, impermeabilizantes	36	32.1
2 Hules, plásticos y derivados	35	31.3
3 Colorantes, pigmentos	21	18.8
4 Ácidos	19	17.0
5 Alcoholes, solventes	16	14.3
6 Bases, alcalis (productos alcalinos)	14	12.5
7 Pinturas y barnices	12	10.7
8 Silicones	12	10.7
9 Aditivos	10	8.9
10 Productos farmaceuticos	10	8.9
11 Productos para la industria del calzado	9	8.0
12 Recubrimientos industriales	9	8.0
13 Detergentes	7	6.3
14 Insecticidas, fungicidas, herbicidas, pesticidas	7	6.3
15 Explosivos	6	5.4
16 Productos agroquímicos	5	4.5
17 Metales pesados	5	4.5
18 Aceites minerales, industriales, grasas	5	4.5
19 Aceites y lubricantes	4	3.6
20 Productos químicos orgánicos e inorgánicos	3	2.7
21 Formaldehído	3	2.7
22 Fibras sintéticas	3	2.7
23 Gases industriales	2	1.8
24 Carbones	2	1.8
25 Reactivos analíticos	2	1.8
26 Clorofluorocarbonos	1	0.9
27 Hormonas	1	0.9
28 Sales	1	0.9
29 Carboximetilcelulosa, hidroxipolicelulosa	1	0.9
30 Minerales no metálicos	1	0.9
31 Tintas	1	0.9

FUENTE: Cálculo propio con base a la información reportada en ANIQ. Directorio de Empresas, Servicios y Distribuidores de la Industria Química Mexicana, 1991.

(*) Con respecto al total de plantas (112)

**Cuadro III. Municipios del Estado de México según Nivel de riesgo químico
Valle de México y Valle de Toluca, 1991**

MUNICIPIOS	MUY ALTO RIESGO	ALTO RIESGO	BAJO RIESGO
Valle de México			
Ecatepec			
Tlanepantla			
Naucalpan			
Cuautitlán			
Tultitlán			
Los Reyes La Paz			
Nezahualcóyotl			
Tulpetlac			
Atizapán de Zaragoza			
Huehuetoca			
Tezoyuca			
Tecámac			
Cuautitlán Izcalli			
Zumpango			
Valle de Toluca			
Toluca			
Lerma			
Santiago Tianguistenco			
Ocoyoacac			

FUENTE: Elaboración propia.

Cuadro IV. Municipios ordenados según valores de riesgo/daño Estado de México

ORDEN	MUNICIPIOS	Val/RD	Acumulado	Niveles (*)
1	Ecatepec	27.9	27.9	MAR
2	Tlalnepantla	23.7	51.6	MAR
3	Naucalpan	14.8	66.4	MAR
4	Lerma	7.02	73.4	AR
5	Toluca	5.86	79.3	AR
6	Cuautitlán	5.55	84.8	AR
7	Tultitlán	4.85	89.7	AR
8	Huehuetoca	2.11	91.8	BR
9	Nezahualcóyotl	1.99	93.8	BR
10	Santiago Tianguistenco	1.17	95.0	BR
11	Los Reyes La Paz	1.03	96.0	BR
12	Atizapán de Zaragoza	0.93	96.9	BR
13	Zumpango	0.60	97.5	BR
14	Tezoyuca	0.58	98.1	BR
15	Tecámac	0.58	98.7	BR
16	Tulpetlac	0.50	99.2	BR
17	Ocoyoacac	0.46	99.6	BR
18	Cuautitlán Izcalli	0.11	99.7	BR

FUENTE: Elaboración propia

(*) MAR= Muy Alto Riesgo; AR= Alto Riesgo; BR= Bajo Riesgo

**Cuadro V. Municipios del Estado de México según Nivel de Riesgo/Efectos
Valle de México y Valle de Toluca, 1991**

MUNICIPIOS	RIESGO QUÍMICO	DAÑO/ RIESGO	RIESGO QUÍMICO	DAÑO/ RIESGO	RIESGO QUÍMICO	DAÑO/ RIESGO
	MUY ALTO		ALTO		BAJO	
Valle de México						
Ecatepec						
Tlalnepantla						
Naucalpan						
Cuautitlán						
Tultitlán						
Los Reyes La Paz						
Nezahualcóyotl						
Tulpetlac						
Atizapán de Zaragoza						
Huehuetoca						
Tezoyuca						
Tecámac						
Cuautitlán Izcalli						
Zumpango						
Valle de Toluca						
Toluca						
Lerma						
Santiago Tianguistenco						
Ocoyoacac						

FUENTE: Elaboración Propia

La educación médica. Una perspectiva desde las corrientes educativas*

Edgar Jarillo • Ma. de Consuelo Chapela • Gilma Arroyave • José Arturo Granados

RESUMEN

Este trabajo presenta elementos de análisis de la práctica educativa en la educación médica contemporánea. El análisis se realiza con base en tres corrientes de aproximación al objeto de análisis: la tradicional, la tecnocrática y la crítica. En cada una de ellas se consideran cinco componentes: contenido, sujeto, vínculo, método, evaluación; y se les contrasta con expresiones consolidadas en la educación médica.

Las conclusiones la ubican con una dominación de la corriente tradicional consecuencia de su inserción en un espacio doble: la educación universitaria y la práctica clínica en las instituciones de salud, por lo que existe un campo de tensiones debido a múltiples factores que es necesario considerar para el diseño curricular.

PALABRAS CLAVE: Educación médica, práctica docente, *currículum*.

ABSTRACT

The main objective is to provide some elements for the analysis of the teaching practice in medical curriculum. Development three approaches to education are reviewed: the traditional, the technocratic and the critic. Five elements are identified out of each one and compared with the medical education, the traditional approach is dominant despite the university efforts to move towards the critic approach. This is due to several factors involved in the medical clinic practice.

KEYWORDS: Medical education, teaching practice, medical curriculum.

* Publicado originalmente: Jarillo, E., Chapela, M.C., Arroyave, G. y Granados, J.A. (1999). La educación médica. Una perspectiva desde las corrientes educativas. *Salud Problema*, Nueva Época, 4(7), 45-54.

Correspondencia: Maestría en Medicina Social, Departamento de Atención a la Salud. UAM-Xochimilco, Calz. del Hueso 1100, Col. Villa

Quietud, Coyoacan, CP 04960, Mexico, DF, e-mail: jsec6322@cueyatl.uam.mx

Fecha de recepción: noviembre 1999

Fecha de aprobación: diciembre 1999

Introducción

Para llevar a cabo el análisis de los procesos docentes en la formación médica se identifican algunos elementos comunes en tres tendencias interpretativas: la tradicional, la tecnocrática y la crítica.

Los elementos desde donde se puede hacer una contrastación de esas perspectivas se hace con base en los elementos siguientes. *Contenido*, es el carácter de los conocimientos que operan en el proceso de enseñanza- aprendizaje. *Sujeto*, son los actores del proceso educativo en tanto seres humanos, especialmente se refieren al profesor y al alumno. De los actores se desprende el *vínculo*, que es el tipo de relación que se establece entre ambos. También aspectos relativos al *método*, referido a la forma como se realiza el proceso de enseñanza-aprendizaje, frecuentemente es lo más destacado y a lo que se le dedica la mayor atención. También, se considera la *evaluación*, como la forma como se realiza y las razones para hacerlo; por último, se considera al *currículum* ya que es el concepto más abarcador y expresa las diferencias entre las distintas interpretaciones de educación que subyacen en la práctica educativa.

Los orígenes y su permanencia

La corriente tradicional tiene sus antecedentes en el siglo XVII, en coincidencia con el auge de la industrialización y se estructura con mucha nitidez al final del siglo XIX. Sus fundamentos se remontan al pensamiento de Platón, Aristóteles y de los escolásticos medievales. Así por ejemplo, algunos aspectos que han prevalecido en los postulados de esta corriente son tomados de Platón, quien brinda las ideas del adiestramiento de la mente en lo matemático y filosófico para preparar a los dirigentes de los asuntos públicos. También

de Aristóteles, quien formuló las cinco facultades del ser entre las que señala como principal la de razonamiento. Los escolásticos medievales consideraban que el hombre tenía facultades innatas que la disciplina firme podía desarrollar. Si se generaliza esta postura puede señalarse que sus pilares pedagógicos son la autoridad y el orden (Gómez, 1976).

En la educación médica, estos planteamientos son un claro ejemplo de los contenidos en los libros clásicos de medicina. En particular los fundamentos de la propedéutica, la anatomía y la clínica de principios de siglo (Quiroz, 1983; Guyton, 1988; Surós, 1990, Goodman y Gilman, 1991; Nelson, 1986; Schwartz, 1991). Los maestros ilustres de la medicina refieren la trascendencia de la educación médica sobre la concepción, la actitud y la práctica profesional. Ignacio Chávez dice con relación a la educación médica:

(...) pienso que será útil de ser mostrada (la cultura médica mexicana) a nuestras generaciones jóvenes porque a ellas toca prolongar el impulso generoso de sus antecesores. En sus manos ha de fructificar esta tradición científica que ha sido tan dura de crear (Chávez, 1987:15).

La corriente tradicional atiende con preferencia a los contenidos, postergando al sujeto y al método y todavía le dedica menos atención a los fines. “La escuela del siglo XVII se proponía imprimir contenidos en la mente de los educandos” (Ezpeleta, 1980:16), estos contenidos eran y aún hoy día son listados de temas, capítulos o unidades. Los conocimientos se presentan fragmentados y con múltiples detalles. Un claro ejemplo lo constituye el programa de la asignatura de anatomía humana de la Facultad de Medicina de la UNAM, que consta de 14 objetivos terminales,

30 objetivos centrales y 584 objetivos específicos (Díaz-Barriga, 1988:40). Con un programa así, los contenidos no requieren que el alumno realice un esfuerzo de comprensión e interpretación, sino de memorización y de repetición.

Es notorio que “(...) la corriente tradicional considera a los contenidos como algo estático, recortado, acabado, legitimado, con pocas posibilidades de análisis y discusión o de objeción y de proposición y alternativas por parte de los profesores y estudiantes” (Morán, 1987:35), en el campo de la educación médica, esto es mucho más evidente en los objetivos que sustentan el comportamiento en el aula y en el hospital.

Los textos que manejan los estudiantes en sus diferentes asignaturas se convierten en enunciados típicos que caracterizan un tipo de conocimiento: Quiroz para anatomía, Guyton para fisiología, Nelson para pediatría. Todos se transmiten a través de generaciones con ciertas actualizaciones, pero representan la reproducción del contenido consolidado sin cuestionamientos trascendentes.

Allí la autoridad técnica y científica es el médico. Él es depositario del saber, su voz es la autoridad del catedrático, las disidencias son calladas y las discrepancias evitadas, por más que exista razón argumental del estudiante. Estos no son, a pesar de lo deseable, excepciones de la práctica educativa, son más bien lo que domina en una práctica escolar que puede encontrarse en cualquier espacio.

Para la corriente tradicional los profesionales de la medicina deben formarse para adquirir el carácter de autoridad científica que representan sus docentes. En ese sentido resulta indispensable evitar la distracción del alumno con el contexto y su concentración en un cuerpo delimitado de conocimientos, la autoridad científica requiere de

especialistas, lo que ocasiona la sobrespecialización y fragmentación de los contenidos. Existen más de 15 especialidades médicas y los currículos de la licenciatura incluyen más de 40 asignaturas (IPN, 1997).

Por lo que toca al sujeto (profesor-alumno), en esta corriente el profesor aparece como protagonista que atiende sus particulares intereses. De esta relación emerge un vínculo estático, donde fácilmente se observan aquellos rasgos esenciales como: autoritarismo, verticalismo y no afectividad de parte de quien enseña. La circulación del conocimiento es unidireccional: del maestro al alumno, el primero transmite y el segundo adquiere. Lo cual produce un resultado inevitable de un alumno sujeto al vínculo de dependencia. Para esta corriente, debe desarrollarse el intelecto por encima del aspecto afectivo, el alumno debe aceptar la verdad del profesor; por sí sólo no puede tomar decisiones, le es más fácil acatar órdenes que comprometerse a un proceso de razonamiento y de análisis que lo lleve a sus propias conclusiones (Eusse, 1994).

El sistema de jerarquías observado en la práctica clínica se extrapola en el aula. De este modo, los docentes simbolizan la autoridad máxima en su materia. En el espacio clínico los alumnos se integran en el nivel más bajo y son entrenados para adquirir la autoridad científico-técnica que les permita ascender en el sistema de organización de la práctica médica hospitalaria (Rabkin, 1998).

En la corriente tradicional no existen variaciones significativas con respecto al método, la exposición se convierte en el procedimiento casi único para el proceso de enseñanza- aprendizaje (PEA), el cual fácilmente se expresa en el verbalismo. Es el predominio de la cátedra magistral, de la clásica lección donde el alumno asume el papel de es-

pectador y por tanto receptor. Para esta corriente el fin es obtener individuos modelo en lo intelectual y moral, es decir ciudadanos que cuiden de lo ya establecido, acríticos frente a la realidad.

La mayoría de los profesionales de la medicina se forman con capacitación técnica, con una posición moralista, acríticos y con capacidad de operar los roles establecidos, la funcionalidad social es su mayor mérito, ya que la institucionalidad de los servicios médicos así lo demanda. Las iniciativas individuales, los rasgos de cuestionamiento o algún elemento discordante son soslayados (Turabian y Pérez, 1998).

Un aspecto más de gran trascendencia en el sistema educativo es la evaluación. En la corriente tradicional la evaluación tiene dos sentidos principales: a) es un acto de justicia (recompensa o sanción) y b) es una medición selectiva de los individuos en donde la base de la medición son los prototipos o estándares y el objetivo de la medición selectiva es discriminar tipos y grados de aprendizajes. Esta corriente considera muy limitadamente el contexto, es decir se aísla de la realidad inmediata de los sujetos del proceso enseñanza- aprendizaje.

El concepto de currículum, en esta corriente, equivale a “los contenidos de la enseñanza” lo asimila a la lista de materias, asignaturas o temas que le delimitan. De hecho quienes identifican al currículum con los contenidos destacan la transmisión de conocimientos como función primordial de la escuela. En concordancia se desprende su esquema de la práctica docente basado en el “modelo catedrático”. La práctica de profesores/as de este corte proviene de una socialización derivada de la más pura tradición universitaria, que con el respaldo de un certificado y una credencialización, hacen gala de la experiencia, la oratoria, la retó-

rica y la elocuencia: son los docentes que “dictan cátedra” (Revilla y Sevillano, 1994).

El modelo tradicional permite en su momento desarrollar, organizar y reproducir el conocimiento científico actual, que la evolución científica y el desarrollo social han complejizado, y por lo tanto este último requiere de otras formas de organización para responder a las nuevas preguntas que surgen de una realidad humana, social y sanitaria, también más complejas. La falta de actualización del conocimiento conduce a que sea común encontrar en la universidad contemporánea y más aún en las escuelas/facultades de medicina el modelo tradicional de la enseñanza. Los enunciados del currículum en su modelo más tradicional y restrictivo abundan (Rosenberg y Donald, 1995) en consecuencia, en esas instituciones se aprecia el uso excesivo de la cátedra, el dictado, la lectura en voz alta y la memorización, que se medirán como aprendizajes en un examen de acuerdo a la cercanía reiterativa de las clasificaciones de conceptos y nociones poco articuladas.

Emergencia de la renovación y la tecnología educativa

En esta corriente la actividad docente parte de los intentos de modernizar los procesos educativos para hacer la formación más funcional a los procesos requeridos por los países en el periodo de posguerra. Así, surge la didáctica moderna y con ello la tecnología educativa (Gimeno y Pérez, 1992).

La tecnología educativa tiene su origen en postulados de la psicología. A pesar del uso actual de la palabra y el concepto, se basan en la noción conductista de la relación estímulo-respuesta que se desarrolló en la década de los veinte. Aunque hoy día resulta muy difícil encontrar quien reconozca

su práctica en el conductismo, lo real es que los sustentos derivados de esta corriente permanecen aún en la práctica pedagógica.

La teoría psicológica de los asociacionistas supone que el aprendizaje se inicia con elementos irreductibles y que para aprender hay que combinarlos, dando atención a la asociación de ideas. La psicología experimental daba poca credibilidad a la introspección. Por lo que si la psicología quería llegar a ser ciencia, debería enfocar su análisis en los procesos corporales, orientándose por lo tanto hacia las conductas observables y los procesos físicos internos, relacionados con conductas abiertas.

Este referente histórico constituye un antecedente que permite comprender por qué la escuela de la tecnología educativa concentra su atención en el método y, en orden decreciente, en el contenido y en el sujeto; dejando el contexto al final de la escala. En plena concordancia con el auge del desarrollo científico y tecnológico, surge una concepción de tecnología educativa sustentada en la eficiencia y progreso. Es así como se toma al carácter instrumental de la didáctica para racionalizar el proceso de enseñanza atendiendo a la forma como se realiza la actividad educativa lo que lleva a promover el activismo.

La tecnología educativa concibe al aprendizaje como el conjunto de cambios y/o modificaciones en la conducta que se opera en el sujeto como producto de acciones concretas. La enseñanza se concibe como el control de la situación en la que sucede el aprendizaje. El maestro utiliza un variado conjunto de recursos técnicos, para controlar, orientar y dirigir el aprendizaje. Por lo que el proceso opera al definir los objetivos del aprendizaje, expresados como la descripción y delimitación previa de las conductas que se aspira logre

el estudiante y lo ponga de relieve al final de un determinado evento académico.

Para la tecnología educativa el maestro idóneo es el ingeniero conductual, más no el especialista de contenidos (Schön, 1992). Los contenidos están dados y avalados por la escuela y sus “expertos”. Los contenidos son descontextualizados y una vez institucionalizados no pueden ser observados o sometidos a cuestionamiento. Los contenidos se plantean como metas que el alumno debe cubrir de forma programada, esto lleva a que el cumplimiento eficiente de los objetivos solamente sea observado a través de la evaluación entendida como el cumplimiento eficiente de los objetivos.

El tipo de vínculo que promueve la tecnología educativa supone que el profesor disponga de una serie de estrategias en ocasiones muy concretas y en ningún momento improvisadas para lograr la conducta deseada. Para ello cuentan a su favor el control de estímulos, conductas observables y reforzamientos. El alumno se somete a la programación desarrollada para él, partiendo aparentemente del conocimiento de su esquema conceptual referencial operativo (ECRO) (Chehaybar, 1994).

En esta corriente se promueve el vínculo de dependencia y también de competencia. El fin se enmarca en la concepción de eficiencia y progreso que exige la sociedad en su dominación del mercado. En consecuencia su filosofía se sustenta en la formación de un individuo pragmático, utilitario, orientado a la incorporación a la vida productiva y a la resolución de tareas.

Por su énfasis en metas y tareas, la característica de la tecnología educativa es justamente restarle importancia al contexto. Así, los planes y programas de estudio diseñados por los expertos son

aplicables a cualquier institución educativa, independientemente del lugar. Los contenidos son descontextualizados, universales, ahistóricos, sin considerar las condiciones sociales particulares que los determinan.

La evaluación se concibe relacionada con los objetivos de aprendizaje dándole una estructura psicométrica. Para la corriente tecnocrática el currículo es una guía de la actividad escolar, en donde el aprendizaje enfatiza la necesidad de un modelo ideal para la actividad escolar, su función es la de homogeneizar el proceso de enseñanza aprendizaje (Pansza, 1987; Taba, 1976).

En la educación médica la generación renovada de estas propuestas no logra romper totalmente con la inercia de la educación basada en la corriente tradicional (Robles, 1998), pero sí introduce cambios que representan viento fresco a la educación. Sin embargo, su consecuencia más perdurable son los exámenes como instrumento de evaluación. Para ello se exploran y desarrollan múltiples técnicas. Osorno, Atrian, Moreno y Ponce, (1990) refieren valiosas experiencias al respecto.

En síntesis, en esta corriente los contenidos quedan rezagados a un segundo plano y las prioridades se centran en los medios, los cuales se convierten en fines. Por eso es comprensible que la principal característica del profesor sea convertirse en un “facilitador” de los aprendizajes de sus alumnos y que lo más importante sea utilizar las dinámicas grupales. Las ayudas audiovisuales se convierten en instrumentos preferidos para la enseñanza, lo que conduce a un activismo que utiliza la técnica por la técnica, pues su objetivo es evitar el aburrimiento de los alumnos y el dolor de la memorización.

Esta segunda corriente se expresa en la educación médica de los setenta con la instrumentación de modelos anatómicos, exámenes de simulación y textos programados (Passmore y Robson, 1971) sin que se modifique el problema sustancial: el contenido de la enseñanza, los perfiles de egreso y los modelos de práctica profesional. En esencia significa la enseñanza de los mismos elementos pero de modo más activo y facilitador.

El contraste crítico y su antagonismo

Como propuesta alternativa a las dos corrientes educativas anteriores surge la didáctica crítica a mediados del siglo XX. Postula la reflexión entre maestros y alumnos sobre los problemas que les atañen, como un precedente indispensable para la toma de decisiones en el ámbito pedagógico. Elabora una fuerte crítica a la escuela tradicional, sus métodos y sus relaciones; intenta revelar lo que permanece oculto y condiciona la forma de ver el mundo, es decir, su ideología. Declara abiertamente que el problema básico de la educación no es sólo técnico sino político; incorpora elementos de psicoanálisis en las explicaciones y análisis de las relaciones sociales en el proceso de enseñanza-aprendizaje.

Para esta corriente el análisis de la institución es muy importante ya que reconoce a la escuela regida por normas que intervienen en la relación pedagógica del docente, quien sólo se pone en contacto con los alumnos dentro de un marco institucional (Pansza, 1987).

Por lo tanto, es necesario el análisis institucional como instrumento crítico y constructivo. También es imprescindible la formación didáctica de los profesores ya que eso será lo que les permita el cuestionamiento permanente de la escuela misma, su organización, sus finalidades implícitas

y explícitas, sus currícula y formas de relación. La renovación didáctica sólo se vislumbra si se asume la contradicción y el conflicto siempre presentes en el acto educativo; ello expone a la luz la dimensión oculta no canalizada y determinante del hecho educativo (Snyders, 1978).

Para esta corriente, la relevancia la tiene la finalidad, esto es: el ¿qué?, el ¿para qué?, el ¿por qué? del proceso educativo y el contexto. También considera como elementos fundamentales y que merecen una misma atención en el proceso de enseñanza-aprendizaje, al sujeto, al método y al contenido. La finalidad, en la corriente crítica supone el rescate de aquellos aprendizajes relativos al desarrollo cabal de las capacidades y valores humanos, a la visión crítica y a la participación activa del ser humano en la transformación de la sociedad.

Se orienta a la formación de un sujeto que perciba y distinga fenómenos y problemas en el campo científico, profesional y social, que interprete los hechos en los diversos campos de la actividad humana para dimensionarlos en su propio contexto y correlacionarlos, permitiéndole generar sus propias hipótesis, plantear alternativas de solución e innovaciones (Bojalil, 1997). Apunta al desarrollo de actitudes y valores que permitan la aceptación y aprecio de sí mismo y de los demás, de las expresiones culturales, artísticas, científicas y filosóficas y tomar una actitud positiva frente a los procesos de transformación de la sociedad (Drummond, 1998).

El contexto para la corriente crítica tiene una importancia relevante, pues la docencia se ejerce en una sociedad concreta que la afecta y la determina, influyéndola como proceso y sobre todo como producto. Es notable la coincidencia de la corriente crítica con algunos elemen-

tos de la teoría de la reproducción y la resistencia (Giroux, 1985), al indicar que la educación es una instancia social objetiva. La educación es un proceso social que, aunque en su dinámica tiene autonomía, en el espacio y en el tiempo se vincula y es parte de la estructuración económica, política, jurídica e ideológica que traspasa los límites de lo formal para involucrar lo informal (familia, religión, ambiente, etcétera).

La corriente crítica le asigna una importancia muy distinta a los contenidos a diferencia de lo que hacen las corrientes tradicional y tecnológica. Manacorda (1979) reconoce en la corriente crítica que los contenidos comportan prácticamente todo el problema pedagógico, ya que este siglo por finalizar ha sido de un fuerte auge en el desarrollo de la ciencia y de la técnica en donde, teorías, conocimientos, posibilidades mecánicas e inventos invaden nuestro tiempo en apresurada marcha. Ante esta situación emerge la imperiosa necesidad de someter a revisión y replanteamiento constante a los contenidos, a los planes y a los programas de estudio, con el fin de que respondan a las demandas actuales de la sociedad. A pesar de desarrollarse en los albores de la tecnología educativa, Taba (1976) plantea que los contenidos deben considerar: ideas básicas, conceptos fundamentales y sistemas de pensamiento.

Para la corriente crítica es fundamental en los planes y programas de estudio presentar el conocimiento lo menos fragmentado posible para promover aprendizajes que impliquen operaciones superiores del pensamiento como el análisis y la síntesis, así como las capacidades críticas y creativas. Se plantea el conocimiento en su complejidad, por lo que se trata de ubicar las relaciones e interacciones en que se manifiesta y no presentarlo como un fragmento independiente y estático.

En el área de la salud surgen propuestas valiosas como la de la Universidad de McMaster que propone la “Medicina basada en Evidencia Clínica”, otras con propuestas distintas pero con la misma intención son la Universidad de Limburg en Holanda, La Universidad de Newcastle en Australia y la Unidad Xochimilco de la Universidad Autónoma Metropolitana (Bojalil, 1997).

Con relación al sujeto, esta corriente establece un vínculo docente-alumno con mayor responsabilidad para éste último, ya que le exige, entre otras, mayor conocimiento de la práctica profesional, investigación permanente, momentos de análisis y de síntesis, de reflexión y de discusión, conocimiento del plan y el programa de estudios. Todo ello confluye en la promoción del vínculo de cooperación, además de que recupera el aspecto afectivo en el proceso de enseñanza- aprendizaje.

Existen variaciones muy significativas con respecto al método. Las respuestas proponen hacer énfasis en los esfuerzos hacia el trabajo creativo: al análisis y la reflexión crítica, a la construcción de conocimientos con múltiples relaciones, a la integración del conocimiento, a la investigación alrededor de problemas humanos y, en suma, a la superación efectiva de contradicciones y obstáculos del conocimiento.

El método incluye diversos modos de aprendizaje: lectura, redacción, observación, investigación, análisis, discusión, y diferentes tipos de recursos: bibliográficos, audiovisuales, modelos reales (Selander, Troein, Finnegan y Rastram, 1997). Considera formas metódicas de trabajo individual alternando con el de pequeños grupos y sesiones plenarias. Favorece la transferencia de la información a diferentes tipos de situaciones que los estudiantes deberán enfrentar en la práctica profesional; se adecúa al nivel de madurez,

experiencias previas, características generales del grupo, y especialmente se ocupa de la generación, en los alumnos, de actitudes para seguir aprendiendo. Esta concepción del método presenta tres momentos para la organización de las actividades de aprendizaje: apertura, desarrollo y culminación (Rodríguez, 1994).

La corriente crítica distingue operativamente evaluación y acreditación (Morán, 1987; Díaz-Barriga, 1988). La evaluación como proceso es un interjuego entre lo individual y lo grupal. Esta tarea tiene una clarificación de los aprendizajes que representan un buen desempeño en un campo en particular. Así, en la medicina, el aprendizaje no puede reducirse a la noción memorística de las interacciones fisiopatológicas y terapéuticas, necesita profundizar en las distintas opciones de acción, sean clínicas o químicas, educativas o preventivas. Además de poseer los medios apropiados para sintetizar e interpretar las evidencias de las intervenciones.

La evaluación se constituye en un proceso didáctico ya que permite que el sujeto reflexione sobre su propio proceso de aprender, confrontarlo con el proceso seguido por los demás miembros del grupo y la manera como el grupo percibió su propio proceso. La evaluación apunta a analizar o estudiar el proceso de aprendizaje en su totalidad, se concibe como una actividad que, convenientemente planeada y ejecutada, puede coadyuvar a vigilar y mejorar la calidad de práctica docente (Arbesú y Jarillo, 1996).

La acreditación se relaciona con la necesidad institucional de certificar los conocimientos; con ciertos resultados del aprendizaje referidos con la práctica profesional. En este caso, el currículo entendido como experiencia pone énfasis no en lo que se debe hacer, sino en lo que en realidad

se hace, la suma de experiencias que los alumnos realizan dirigidos por la escuela (Jhonson, 1983). Es una forma de correlacionar los aprendizajes con las versiones institucionales de certificación.

En el ámbito mexicano, hoy día se instalan los procesos de certificación y acreditación institucional y profesional, esto cobra relieve y se torna fundamental para la enseñanza ya que se generan instancias extrauniversitarias con la autoridad legal para calificar a las instituciones y a los profesionales con base en criterios de evaluación tradicionales. A pesar de la intención de ofrecer una perspectiva crítica en este proceso, la visión que domina es la de la evaluación tradicional (ANUIES, 1993).

En esta corriente el concepto de la práctica docente parte del cuestionamiento a los desarrollos de las corrientes anteriores. La preocupación ya no es dictar la cátedra o buscar la eficiencia de los métodos o las técnicas, ahora se trata de buscar el significado de los contenidos (Hirsh, 1991).

Una forma de comprensión de la práctica docente es desde los objetivos que debe alcanzar la formación profesional (Zarzar, 1994), los cuales orientan:

(...) la didáctica (que) se mueve en la paradoja entre reconocer la especificidad de toda acción educativa escolar, con sus notas singulares dadas por cada maestro, el grupo escolar, el contenido, el enmarque institucional y social, la necesidad de señalar líneas para la enseñanza, dar orientaciones, instrumentos para la acción... (Rodríguez, 1994:7).

Para lograr salir de la distorsión que implica la práctica docente individual (visión anecdótica y

autojustificante de determinadas acciones) desconectada del contexto y, abrir la posibilidad de crear una práctica docente como instrumentación didáctica, inmersa en los condicionantes del quehacer educativo.

Construir una práctica docente distinta puede hacerse por direccionalidad hacia la elaboración del currículo,

será entonces el rol del maestro reconstruir, en el ámbito de secuencia, profundidad y amplitud, las ideas y actitudes científicas predominantes. Haciendo coincidir los niveles de estos materiales con las capacidades cognoscitivas potenciales de los estudiantes, conservando las estructuras conceptuales que le corresponden al objeto (Ríos, 1994:36).

Esto representa una adecuación cotidiana y recursiva del docente a la acción del proceso de enseñanza-aprendizaje.

Los principios que fundamentan este tipo de práctica en muchos casos se encuentran difusos, dado que es una propuesta en construcción. Esto explica el hecho de que los profesores que reivindican este modelo, critiquen y denuncien las formas anteriores; pero carecen de la suficiente claridad respecto a lo que hay que hacer. Por lo que se debe reconocer que en la práctica docente cotidiana no existen formas puras, lo que se aprecia son tendencias hacia formas puras o combinadas.

Por ejemplo, en la educación médica modular se manifiesta un discurso crítico, crea programas de enseñanza innovadores, pretende una actividad docente creativa, evalúa con propuestas novedosas, pero en su cotidianeidad prevalece la práctica hospitalaria tradicional. Este contraste perfila

docentes con tendencia tradicionalista, tecnocrática o crítica, en unos casos; y en otros pueden ser tecnocrático- tradicional o tecnocrático-crítico (Acosta, Alarcón, Cáceres, Eusse, 1996).

Dentro de esta lógica el docente deberá apresurar por parte del sujeto la apropiación de su realidad con la intención de que aquel opere sobre la misma, transformándola y transformándose. Dicha acción es esencial para la modificación en el proceso cognoscitivo. La práctica docente se concibe como acto didáctico:

(...) toda influencia personal que tiende a cambiar el modo en el que otros pueden comportarse o se comportarán... El acto didáctico parece no poder ser analizado fuera del medio en el cual se ejerce, ni estar restringido a la acción del docente en clase. Son las situaciones escolares las que han de aprehenderse en su conjunto, con relación a un contexto sociológico (Durán, 1994:27).

Esta conceptualización se refiere a un análisis situacional de los procesos del acto educativo. La práctica docente que tiene lugar en la educación médica, como en toda formación profesional, puede ser concebida como práctica social y no simplemente como la instrumentación didáctica, que reduce el papel del docente al interior del aula; ella implica la vinculación de lo social, lo individual y lo grupal. Así puede señalarse que: “la docencia va más allá de la simple transmisión de conocimientos (...) y por lo tanto, es una actividad compleja que requiere para su ejercicio de la comprensión del fenómeno educativo” (Eusse, 1994:47). Por lo que no puede prescindirse de reconocer “una fundamentación teórica de: a) la dinámica dialéctica entre intereses sociales, poder político y poder económico; y, b) el conocimiento

escolar y las prácticas” (Díaz Barriga, 1990:43). Esto aclara el conflicto que surge para el alumno entre la formación recibida por los profesores en el aula y la expectativa institucional. Mientras los programas de formación de docentes dentro de la corriente crítica entienden la docencia como un fenómeno complejo, las instituciones la conciben como una práctica técnica (Ríos, 1994).

La complejidad en la educación médica se acentúa por la dualidad de los espacios de formación: la institución universitaria y el escenario clínico de los hospitales y centros de salud. El docente universitario construye la docencia desde su carácter de intelectual y el médico institucional desde su naturaleza de prestador de servicios. Todo ocurre en un marco de movimientos del poder social, político y económico (Remedi, 1982).

La práctica de educación médica universitaria se le otorga el sentido de “quehacer docente” y con frecuencia se le identifica con la “tarea de enseñar” en tanto al médico de los servicios de salud se le identifica con la función de atender al enfermo y curar la enfermedad. Estas funciones están dadas por un complejo social que conforma un modelo ideal de “buen docente” y de “buen médico” independiente del sujeto sostiene su práctica y de la situación particular en la que está inserto y en la que actúa.

A pesar de los intentos de los docentes en la perspectiva crítica por transformar el proceso de enseñanza-aprendizaje y el acto educativo, prevalece la orientación pedagógica del profesional de los servicios. En última instancia la formación de los profesionales de la salud en general y de la medicina en particular, no pretende aprender para crear y transmitir conocimientos, sino para efectuar una práctica profesional cuyo ámbito son los servicios

de salud. Es entonces, la figura del/la médico/a de los servicios la que modela el aprendizaje.

La función de la escuela refleja una carga de objetividad que se sobrepone a la imagen ideal del docente y señala desde el currículum las funciones que tiene que cumplir (Furlan, 1978). Desde la perspectiva crítica la construcción viva del currículum es la práctica histórica de los miembros de la institución en donde el currículum pensado o formal es sólo uno de los puntos de partida en una etapa determinada. Así, la práctica docente en la medicina es dual: el aula universitaria y los servicios de salud; es una trama compleja, no una acción reproductiva lineal, ni aislada, ni neutra, ni ahistórica; no se reduce a la aplicación de métodos y técnicas de enseñanza (Chehaybar, 1991).

Los límites de la acción educativa en la medicina

En la educación médica es dominante la presencia de una práctica educativa con base en los presupuestos de la corriente tradicional de la educación. A pesar de las innovaciones valiosas que se pueden reconocer, su principal contradicción está en la articulación de distintas dimensiones.

- El contexto político, ideológico y económico de los servicios y sistemas de salud ya que son el espacio y escenario donde tienen lugar los procesos del acto educativo médico. Son esas condiciones el marco que definen el posicionamiento y demarcación de las posibilidades de cambio o conservación de las condiciones para la práctica profesional de los recursos que se forman.

- Lo individual y lo grupal del sujeto educativo: el docente y el alumno; el primero como responsable de garantizar una formación profesional, el segundo como demandante de una formación.

- La naturaleza de los contenidos educativos, diseñados y estructurados de acuerdo a una formalidad universitaria que no coinciden con una práctica clínica cotidiana, donde lo que prevalece es el sentido pragmático del acto terapéutico por encima del acto racional y sistemático del conocimiento científico.

- Las circunstancias donde ocurre el acto educativo: una práctica institucional regida por principios, valores y necesidades de atención médica y una institución universitaria con vocación de transmitir y crear conocimientos.

- La formación profesional que se postula íntegra, compleja y multidimensional, contra un aprendizaje cotidiano del escenario clínico en donde al objeto de trabajo, la salud y la enfermedad, se le aísla de sus condiciones sociales, se le fragmenta para su solución y se le circunscribe conceptualmente a su dimensión orgánica y biológica.

La prevalencia de esas contradicciones se dirime a favor de aquello que más domina la práctica social de la profesión en el espacio universitario: la práctica educativa, los objetivos, los vínculos, los contenidos y la evaluación del proceso de enseñanza-aprendizaje encuentra sus límites.

Bibliografía

- ACOSTA, M. ALARCÓN, M. CÁCERES, R. EUSSE, O. (1996). “La profesionalización de la docencia en el nivel superior”, en: *La Formación docente. Perspectivas teóricas y metodológicas*, México, CISE-UNAM.
- ANUIES (Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior) (1993). “Consideraciones generales sobre el proceso de acreditación de las instituciones de educación superior en México”, México, Documento Interno.
- ARBESÚ, M.I. Y E. JARILLO (1996). “La evaluación en el sistema modular”, en: M.I. Arbesú y L. Berruecos (comps.) *El sistema modular en la Unidad Xochimilco de la Universidad Autónoma Metropolitana*, México, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.
- BOJALIL, L. (1997). “Enseñanza por problemas en el área de la salud”, en: L. Berruecos (Coord.) *La construcción permanente del sistema modular*. México, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.
- CHÁVEZ, I. (1987). *México en la cultura médica*, México, Fondo de Cultura Económica.
- CHEHAYBAR, E. (1991). *Factores que posibilitan el aprendizaje en grupos numerosos*. México, Universidad Nacional Autónoma de México.
- CHEHAYBAR, E. (1994). “Elementos para una fundamentación teórico-práctica del proceso de aprendizaje grupal”. *Perfiles Educativos*, 63:23-30.
- DÍAZ-BARRIGA, A. (1988). *Didáctica y currículum*, México, Nuevomar.
- DÍAZ-BARRIGA, A. (1990). “Formación de profesores y vida cotidiana: elementos de una confrontación”, *Cuadernos del CESU-UNAM*, núm. 20, México.
- DRUMMOND, Y. (1998). “Educating educators in problem based teaching”. *Canadian Nurse*, 94(10):47-81.
- DURÁN, N. (1994). “Formación docente por medio de la observación compartida”. *Perfiles Educativos*, 63:23-30.
- EUSSE, O. (1994). “Proceso de construcción del conocimiento y su vinculación con la formación docente”. *Perfiles Educativos*, 63:31-42.
- EZPELETA, J. (1986). “Modelos educativos: notas para un cuestionamiento”. *Cuadernos de formación docente*, núm. 13, México, Escuela Nacional de Estudios Profesionales-Acatlán.
- FURLAN, A. (1978). *El diseño de un nuevo plan de estudios*. Mimeo. México: Departamento de Pedagogía, Escuela Nacional de Estudios Profesionales-Iztacala.
- GIROUX, H. (1985). “Teorías de la reproducción y la resistencia en la nueva sociología de la educación: un análisis crítico”. *Cuadernos Políticos*, 44:36-65.
- GIMENO, J. y PÉREZ, A. (1992). *Comprender y transformar la enseñanza*. España, Morata.
- GÓMEZ, G. (1976). “La universidad: sus orígenes y evolución”. *Deslinde*, núm. 7, México, Universidad Nacional Autónoma de México.
- GOODMAN, L. y A. GILMAN (1991). *Las bases farmacológicas de la terapéutica*. 8a ed., México, Médica Panamericana, 1751 p.
- GUYTON, A. (1988). *Fisiología humana*. 6a ed., México, Interamericana, 490 p.
- HIRSCH, A. (1991). “Burocracia y dominación, la propuesta funcionalista de organización”. en: E. Ibarra y L. Montaña (comps.). *El orden organizacional. Estrategia y contradicción*. México, Hispánicas.
- IPN (Instituto Politécnico Nacional) (1997). “Plan de Estudios de la carrera de médico cirujano y parte-ro”. México, IPN.
- JOHNSON, A. (1983). Cfr. por Pansza, Margarita en: *Notas sobre el currículo y plan de estudios*. México, Gernika.

- MANACORDA, M. (1979). "Contenido, metodología y tecnología de la educación". *Cuadernos de educación*, Venezuela, Laboratorio Educativo.
- NELSON, W. (1986). *Tratado de pediatría*. 9a ed., México.
- RODRÍGUEZ, A. (1994). "Problemas, desafíos y mitos en la Interamericana, 2 vol., 1969 p.
- OSORNO, J. ATRÍAN, M. MORENO, J. PONCE, M. (1990). "La evaluación del aprendizaje en el sistema de enseñanza modular". *Revista Mexicana de Educación Médica*, 2;128:133.
- PANSZA, M. (1987). "El proceso educativo", en: Morán, P. (Ed.) *Operatividad de la didáctica*, vol. II, 2a ed., México, Gernika.
- QUIROZ, F. (1983). *Tratado de anatomía humana*, 24a ed., vol. 3, México, Porrúa.
- RABKIN, M. (1998). "A paradigm shift in academic medicine?". *Academic Medicine*, 73(2):127-131.
- REMEDI, E. (1982). *Currículum y acción docente*. Mimeo. Escuela Nacional de Estudios Profesionales-Acatlán, México.
- REVILLA A. y SEVILLANO M.L. (1994). *El currículo: fundamentación, diseño, desarrollo y evaluación*. España, UNED.
- RÍOS, M. (1994). "Reflexión retrospectiva de las bases conceptuales de la formación docente en la Escuela de Estudios Profesionales Iztacala". *Perfiles Educativos*; 63:16-22.
- ROBLES, D. (1998). "Development of human resources". *Revista Medica de Chile*, 126(7):26-33.
- RODRÍGUEZ, A. (1994). "Problemas, desafíos y mitos en la formación docente". *Perfiles Educativos*; 63:3-7.
- SELANDER, S., TROEIN, M., FINNEGAN, J., RASTAM L. (1997). "The discursive formation of health. A study of printed health education material used in primary care". *Patient Education and Counseling*, 31(3):181-189.
- SCHWARTZ, S. (1991). *Principios de cirugía*. 5a ed., 2 vol., México, Interamericana.
- SHÖN, D. (1992). *La formación de profesionales reflexivos. Hacia un nuevo diseño de la enseñanza y el aprendizaje en las profesiones*. España, Paidós.
- SNYDERS, G. (1978). *¿A dónde se encaminan las pedagogías sin normas?* Argentina, Paideia.
- SURÓS, F. (1990). *Semiología médica y técnica exploratoria*. 7a ed., Barcelona, Salvat, 1070 p.
- TABA, H. (1976). *Elaboración del currículo*. Argentina, Troquel.
- TURABIAN, J., PÉREZ B. (1998). "What is the goal of health education and community activities in primary care?" *Atención Primaria*, 22 (10) 662-666.
- ZARZAR, C. (1994). "La definición de objetivos de aprendizaje: una habilidad básica para la ciencia". *Perfiles Educativos*, 63:8-15.

Origen, rumbo y desafíos actuales de la Maestría en Medicina Social de México*

Sergio López-Moreno • Oliva López-Arellano • Edgar Jarillo-Soto • María de los Ángeles Garduño-Andrade • José Arturo Granados-Cosme • José Alberto Rivera-Márquez • Carolina Tetelboin-Henrion**

RESUMEN

La Maestría en Medicina Social (MMS) de la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco (UAM-X), es uno de los programas en medicina social más antiguos de América Latina, y durante más de cuarenta años ha sido una alternativa en la construcción de respuestas críticas a los problemas de salud colectiva. Este trabajo presenta una relación de su evolución histórica y describe los contextos sociales y políticos en los que surgió y tuvo sus ajustes más relevantes. Más tarde se comenta el impacto que tuvo, en el programa académico de la Maestría y en la misma medicina social, la transformación del Estado social en Estado penal. En la última parte se señalan algunas perspectivas del programa para el corto y mediano plazos.

PALABRAS CLAVE: Medicina social, México, Historia, Programas de Maestría, Estado social, Estado penal.

ABSTRACT

For more than forty years, the master's program in Social Medicine of the Metropolitan Autonomous University, campus Xochimilco, in México City, has been a regional alternative in the construction of comprehensive responses to collective health problems. This paper briefly analyzes its evolution, describes both the social and political contexts from which this postgraduate program emerges and underlines its most relevant moments across time. There is further discussion on how the transformation of the Welfare State into a Criminal State had impacts not only on the development of the academic program, but also on social medicine itself. Finally, a number of theoretical pathways are proposed, looking forward to improve the program in the short and mid-terms.

KEYWORDS: Social medicine, Mexico, History, Master's degree, Welfare State, Criminal State.

* Publicado originalmente: López-Moreno, S., López-Arellano, O., Jarillo-Soto, E., Garduño-Andrade, M.A., Granados-Cosme, J.A., Rivera-Márquez, J.A., Tetelboin-Henrion, C. (2016). Origen, rumbo y desafíos actuales de la Maestría en Medicina Social de México. *Salud Problema*, Segunda Época, (10)20, 85-98.

Este trabajo es producto de la línea de investigación "Historia de la Maestría en Medicina Social de la UAM-X", desarrollada en la División de Ciencias Biológicas y de la Salud, UAM-X. Algunos de sus contenidos

se presentan en Jarillo Soto y Granados Cosme (coordinadores) (2016). *La Medicina Social en México. Cuarenta años de la Maestría en Medicina Social*. México: UAM-X.

**Profesores investigadores de la División de Ciencias Biológicas y de la Salud, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco.

Fecha de recepción: 15 de noviembre de 2016.

Fecha de aceptación: 10 de febrero de 2017.

Introducción

La Maestría en Medicina Social, fundada en 1975, fue el primer posgrado en la Universidad Autónoma Metropolitana. Asentada en la Unidad Xochimilco, surgió como resultado de múltiples procesos económicos, sociales y políticos, y desde su nacimiento ha mantenido una postura crítica frente a la investigación y educación convencionales en materia de salud pública. La propuesta formativa de la MMS supone la necesidad de comprender los procesos de la salud, enfermedad y atención como resultado de la estructura de la sociedad, la dinámica de las relaciones sociales y las condiciones en que viven los sujetos y grupos humanos. Desde su diseño, el programa ha renunciado a la visión unidisciplinaria del mundo, recurriendo a las ciencias sociales como forma privilegiada para la comprensión de los problemas sanitarios. Por esta razón sistemáticamente ha hecho uso de categorías epistémicas provenientes del materialismo histórico clásico, la escuela de Frankfurt, el estructuralismo francés, la antropología médica crítica, las teorías sobre la complejidad y la biopolítica, entre otros saberes.

Por cuarenta años la MMS ha sido una alternativa en México y América Latina en la construcción de respuestas críticas a los problemas de salud colectiva. En este trabajo se presenta su evolución histórica y se describen los contextos sociales y políticos en los que surgió y tuvo sus ajustes más relevantes. Por razones de exposición, la evolución del programa se ha dividido en décadas: 1975 a 1985; 1986 a 1995; 1996 a 2005, y 2006 a 2016.

La MMS y la nueva gran transformación

En Archipiélago de excepciones (Bauman, 2008), a fin de explicar los acontecimientos que definen

el siglo XXI, Zygmunt Bauman rescata una idea sugerida por Karl Polanyi en los años cuarenta del siglo veinte -llamada la *gran transformación* (Polanyi, 2003)- y que fue útil para explicar el surgimiento del nazismo, el fascismo y las dos Grandes Guerras del siglo XX.¹ De acuerdo con Bauman, las tres décadas que siguieron inmediatamente a la Segunda Guerra Mundial, se caracterizaron por la reconstrucción económica de posguerra, un “optimismo desarrollista” que impulsaba un Estado incluyente, un modo de vida basado en la búsqueda del bienestar y un sistema de convivencia asentado en los derechos sociales. En este periodo se proclamó la Declaración Universal de los Derechos Humanos, se firmaron los pactos que dieron origen a los derechos económicos, sociales y culturales (DESC), se universalizó la seguridad social y experimentaron un extraordinario auge los movimientos de liberación nacional, el combate al *apartheid* y la lucha por los derechos de las mujeres y los homosexuales. Esta etapa, según la clasificación propuesta por Loïc Wacquant, corresponde a la fase del Estado social o *Estado de Bienestar* (Wacquant, 2010).

La *nueva gran transformación*, según Bauman y Wacquant, consistió en la transformación del *Estado Social* -surgido en la primera mitad del siglo XX y generalizado entre 1945 y 1980- en una especie de *Estado Penal*, caracterizado por utilizar los instrumentos de la justicia criminal para sostener la paz pública. En este viraje la inquietud principal de los gobernantes ya no fue el combate a la pobreza o la desigualdad, sino la seguridad de las personas y el resguardo de la propiedad privada. Lo importante es que tales preocupaciones

¹ La gran transformación ocurrió, según Polanyi, entre los siglos XVIII y XIX y básicamente se caracterizó por la mercantilización absoluta de la tierra, la fuerza de trabajo y el dinero; el sometimiento mundial al sistema de oferta y demanda, y aparición de la sociedad de mercado como la única forma de organización de la vida social. Dicha transformación termina en 1945 con los tratados de paz que dieron fin a la Segunda Guerra Mundial.

aparecieron prácticamente al mismo tiempo que los desórdenes generados por el desempleo masivo, la generalización del trabajo precario y el hundimiento de la seguridad social. El sistema de control punitivo, aceleradamente creciente al inicio de los ochenta, forma parte fundamental de las políticas gubernamentales de Ronald Reagan, Margaret Thatcher y la nueva derecha chilena, y constituye un elemento estratégico para el desmantelamiento del Estado de Bienestar y la adopción del neoliberalismo como política económica impulsada desde Inglaterra y los Estados Unidos.

La nueva gestión del miedo generalizado, que comenzó en el Cono Sur en los años setenta y en los noventa creció extraordinariamente en el mundo occidental, convirtió a los refugiados, los migrantes económicos y los ciudadanos necesitados de asistencia social -que antes eran simplemente pobres- en individuos peligrosos, culpables y, en algunos casos, carentes de toda humanidad. Esta retracción del Estado desde el ámbito económico hacia la intervención penal se manifestó sintomáticamente con la exportación a todo el mundo de las políticas norteamericanas de *tolerancia cero*, el cierre de las fronteras europeas a la inmigración y la criminalización universal de la pobreza. En resumen, señala Bauman -sintetizando las propuestas de Loïc Wacquant, Ulf Hedetoft y David Garland- al finalizar la década de los setenta el Estado social fue prácticamente sustituido, casi en todo el mundo, por la cultura del control y el *Estado penal*.

El Estado, que durante la reconstrucción de la posguerra desarrolló diversos instrumentos de seguridad social y protección ciudadana -especialmente entre la población vulnerada- inició una carrera hacia el Estado mínimo, básicamente excluyente, dispuesto a proteger exclusivamente los “derechos” de aquellos que, de una u otra

forma, pudieran pagar por ellos. Todo ello produjo una creciente masa de individuos despojados prácticamente de toda humanidad, una población excedente formada por los *residuos del progreso económico* (Bauman, 2005).

La inercia que para ese momento mantenía vivo al *Estado social* continuó por algunos lustros, en particular en los países periféricos, dando la impresión de que la lucha por los derechos civiles, los movimientos de liberación y la ampliación de los derechos económicos continuaría por mucho tiempo y seguiría dando frutos. En ese contexto mundial de profunda transformación económica y social surgió la maestría en Medicina Social de la UAM-X.

Surgimiento de la MMS

La creación de la UAM fue parte de los intentos del Estado mexicano por recuperar la hegemonía que perdió como consecuencia de los conflictos políticos de 1958 a 1971, y una respuesta a la creciente exigencia educativa de una clase media urbana más amplia, culta y exigente. Entre los principales fenómenos que contribuyeron al surgimiento de la MMS estuvieron el movimiento estudiantil del 68 y diversos cuestionamientos al autoritarismo estatal, como los levantamientos campesinos de Chihuahua, Guerrero y Morelos, los movimientos sindicales y gremiales del centro del país y las guerrillas urbanas y rurales. Todo ello contribuyó a generar una atmósfera de gran efervescencia política y de cambio. Adicionalmente, con el establecimiento de la UAM, el Estado respondió a la demanda de profesionistas que buscaban incorporarse a los espacios académicos.

En este marco de intensa movilización social destaca la influencia del pensamiento marxista, estimulado por el triunfo de la revolución cuba-

na de 1959. La revolución cubana jugó un papel crucial en el nacimiento de la medicina social latinoamericana, al propiciar un ambiente que invitaba a la crítica de las instituciones sociales y la transformación política de los gobiernos. Autores como Freire, Althusser y Piaget formaron la base de la propuesta pedagógica -horizontal, no subordinada, participativa, sustentada en la práctica y la participación política- que está todavía en el centro del proceso de enseñanza de la UAM y es componente esencial de su filosofía educativa (Arbesú, 2004). La UAM fue pionera del movimiento pedagógico alternativo en México al desafiar las formas convencionales de educación superior, que en última instancia funcionan para sostener y reproducir las condiciones sociales y económicas vigentes. La aparición de la UAM en 1974 abrió un espacio desde el cual se han desarrollado concepciones alejadas -ética y epistemológicamente- de los viejos modelos de organización universitaria, los sistemas pedagógicos arcaicos y las prácticas disciplinarias basadas en el dogmatismo.

Dentro de la propia UAM, la Unidad Xochimilco destacó por la creación de un innovador sistema pedagógico expuesto en su documento fundacional, conocido como Documento Xochimilco (UAM, 1974). Entre sus propuestas, dos son fundamentales: i) el papel de la universidad en la transformación de la sociedad y, ii) la necesidad de organizar la docencia, la investigación y la difusión, en razón de las necesidades de los grupos menos favorecidos, reivindicando el compromiso universitario con las clases y luchas populares.

La MMS se propuso desde su concepción formar profesionales afines a este sentido liberador, acercando la reflexión conceptual, la comprensión teórica y la acción práctica de sus egresados a la

realidad social de las clases mayoritarias. Constituyó un programa de posgrado único en su tipo y novedoso en su perspectiva, tanto en México como en América Latina, acompañando la experiencia surgida en la Maestría en Medicina Social de la Universidad Federal de Río de Janeiro, Brasil (Mercer, 1978).

Como se ha mencionado, la creación de la maestría en Medicina Social en la UAM fue impulsada por Ramón Villarreal, primer rector de la Unidad Xochimilco, quien solicitó al doctor Luis Felipe Bojalil organizar un equipo, encabezado por Hugo Mercer, que incluía a un grupo de médicos comprometidos con el pensamiento crítico en salud. Entre ellos se encontraban Juan César García, José Roberto Ferreira, Miguel Márquez y María Isabel Rodríguez. Todos ellos habían impulsado desde la Organización Panamericana de la Salud (OPS) la reflexión sobre el carácter social de la salud y la inclusión de las ciencias sociales en el currículum de las carreras relacionadas con la salud (Villarreal, 1985). Su apoyo en la creación de la MMS fue crucial y permitió articular los conceptos germinales de la medicina social, desarrollados en un debate que llevaba ya casi treinta años y supuso la participación de decenas de académicos de toda América Latina. El pensamiento de intelectuales preocupados por la relación entre política, cultura y salud -como Bolívar Echeverría y Sergio Arouca- resultó fundamental para la formulación de los modelos epistémicos propios de la medicina social latinoamericana. El programa fue diseñado y operado inicialmente por Hugo Mercer, José Carlos Escudero, Catalina Eibenschutz y Pedro Crevenna (Villarreal, 1985). Más tarde se integraron Asa Cristina Laurell, Clara Fassler y Fernando Mora, fortaleciendo el desarrollo conceptual y operativo del posgrado.

Primeras tres décadas: Sustitución del Estado Social por el Estado penal

La primera década de la MMS se desarrolló en un ambiente académico en el que el pensamiento crítico era ampliamente aceptado, con apoyos institucionales internacionales y amplia proyección desde entidades como la OPS (Mercer, 1978). En este periodo la maestría desarrolló sus principales objetos de conocimiento, surgidos sobre todo del marco de las ciencias sociales. El concepto de *proceso-salud-enfermedad*, categoría clave de la medicina social contemporánea, permitió pensar la salud más allá de su dimensión clínica y concebir a la enfermedad en un marco distinto del curativo. Este concepto, propuesto y desarrollado por Asa Cristina Laurell y Hugo Mercer, permitió ubicar a la salud como un fenómeno social, histórico y colectivo que, en última instancia, se expresa en cada sujeto y grupo poblacional según su lugar en el proceso productivo y las relaciones sociales de producción. Para su análisis empírico se adoptaron categorías provenientes de la economía política -como *reproducción social*, *proceso de trabajo* y *clases sociales*- desplegadas de manera que permitieran reconstruir y explicar la determinación social del proceso salud-enfermedad en grupos específicos (Laurell, 1982). Los conceptos de *desgaste*, *reproducción*, *perfil epidemiológico de clase* y *saber médico* se convirtieron en categorías de uso frecuente en la medicina social mexicana (Laurell *et al.*, 1991). El uso de otros conceptos, académica y políticamente coincidentes -como el de *modelo médico hegemónico*, acuñado desde la antropología médica crítica por Eduardo Menéndez- se convirtió en fundamental. Durante este periodo la MMS estableció vínculos con comunidades rurales y grupos de trabajadores urbanos en distintos lugares del territorio nacional. Las investigaciones se orientaron a realizar análisis sobre el saber médico, diagnósticos al-

ternativos de salud y generar propuestas en salud para grupos organizados de obreros y campesinos (Eibenschutz, 1978). En 1978 se creó la Revista Salud Problema y se instituyó el Curso Monográfico en Medicina Social, destinado a la capacitación de profesionales de México y Latinoamérica en este campo de saberes.

En contraste, el periodo 1986-1995 estuvo marcado por la recomposición geopolítica del mundo, el derrumbe del socialismo soviético y la caída del muro de Berlín. Los gobiernos de Margaret Thatcher y Ronald Reagan perfilaron un mundo unipolar, imponiendo a los países la primacía del mercado como ordenador de la vida social y postulando la “modernización” neoliberal del Estado como estrategia para el futuro (Banco Mundial, 1993).

Este ajuste del modelo económico -que en México se combinó con la crisis económica que había iniciado en 1982- reforzó el sistema político autoritario y propició un severo recorte presupuestal, impactando directamente a las instituciones públicas y en particular a los sectores de salud y educación. El contexto institucional se caracterizó entonces por la insuficiencia de los recursos, la imposición de una visión productivista del quehacer académico y la descalificación de la politicidad del campo médico-social. Ante las nuevas condiciones del entorno internacional y nacional fue necesario replantear las formas de funcionamiento y vinculación universitaria. Sin perder su identidad médico-social, la Maestría logró sortear las dificultades a través de la realización de proyectos financiados con participación de alumnos, la reorganización de sus cursos, la concentración de la investigación alrededor de la Ciudad de México y la adecuación del ya mencionado Curso Monográfico en Medicina Social.

Durante su segunda década de vida la MMS incorporó temas y formas de abordaje que enriquecieron su propuesta fundacional sobre la determinación social del *proceso salud-enfermedad*. El periodo estuvo marcado por la diversificación y consolidación de temas, la creación de categorías intermedias sobre el proceso salud-enfermedad y el desarrollo de investigaciones de campo. Los proyectos de investigación abordaron, entre otros temas, las relaciones entre salud y trabajo (en los que Mariano Noriega jugó un papel fundamental); las relaciones entre salud y territorio (donde destacan los trabajos germinales dirigidos por José Blanco Gil); los perfiles epidemiológicos de comunidades rurales, y las relaciones entre género y salud (Garduño *et al.*, 2009). En materia de políticas y prácticas en salud fue especialmente relevante la oposición de la MMS a supeditar los sistemas públicos de salud a las fuerzas del mercado, tendencia impulsada mundialmente por los organismos multinacionales de financiamiento (Banco Mundial, 1993). En esos años el estudio de las reformas sanitarias cobró gran fuerza en todo el mundo y la MMS participó en el debate internacional, principalmente latinoamericano, sobre los propósitos y consecuencias de las reformas neoliberales en salud.

Frente a la corriente hegemónica latinoamericana -que festejó la reforma sanitaria neoliberal- la MMS mantuvo como aspiraciones político-académicas la defensa del derecho a la salud, la obligación del Estado de garantizar este derecho y la necesidad de crear un sistema único de salud de cobertura universal. De esta manera, las investigaciones sobre la reforma sanitaria y sus consecuencias contribuyeron a formar una corriente crítica en México frente a la transformación neoliberal de las políticas de salud. En este periodo destaca la asesoría parlamentaria a las comisiones

de Salud y Seguridad Social del Congreso de la Unión en la elaboración de propuestas alternativas a la Ley del Seguro Social y el diseño de una reforma capaz de garantizar el derecho a la protección integral de la salud.

El posicionamiento político de la MMS se expresó claramente durante el levantamiento zapatista de Chiapas del 1 de enero de 1994, cuando docentes del programa participaron en los foros y seminarios organizados por el Ejército Zapatista de Liberación Nacional para analizar la problemática de salud nacional.

Al iniciar el siglo XXI, el sistema de control punitivo -que creció de manera extraordinaria con los gobiernos de Thatcher y Reagan, la Guerra del Golfo y la invasión de Irak- se fortaleció con el ataque del 11 de septiembre a las Torres Gemelas de Nueva York, permitiendo la creación de un nuevo “enemigo” de Occidente. Ese evento vigorizó las políticas de seguridad nacional y protección personal como eje de las acciones de gobierno, acelerando el desmantelamiento del Estado Benefactor y el desmoronamiento de la seguridad social. Adicionalmente, a la flexibilización laboral, la precarización del trabajo y la limitación de las ayudas sociales -que Loïc Wacquant denomina sintéticamente la imposición del *trabajo asalariado de miseria*- se han agregado, por parte de las agencias de gobierno, una serie de propuestas relacionadas con la “responsabilidad” personal de las condiciones de vida, entre las que destacan las condiciones de salud. Entre los ejemplos más representativos se encuentran el consumo de tabaco, que dejó de ser un hábito para convertirse en una enfermedad, y la medicalización de la obesidad que, en la práctica, aparece como responsabilidad absoluta de quien la padece. Esta situación parece ser el correlato médico de lo ocurrido en materia

de pensiones, por ejemplo, pues el bajo ingreso de los ancianos sería resultado de no haber ahorrado lo suficiente cuando eran trabajadores (OCDE, 2015). En este sentido, quien resulta peligroso y culpable es el propio individuo, aunque sea para sí mismo.

En resumen, los desórdenes generados por la desigualdad económica, el desempleo generalizado, la inmigración masiva y el empobrecimiento creciente, son resueltos hoy por el Estado mediante la simple aplicación de la justicia penal. Esta cultura del control utiliza sistemáticamente como argumento la legitimidad de los “ciudadanos de bien” a tener miedo al “intruso”, al diferente, quien viene a perturbar su sensación de seguridad, su confianza o, incluso, el paisaje que está acostumbrado a contemplar (Garland, 2001).

Durante la década de 1996 a 2005 la salud se mantuvo en el centro de la embestida neoliberal y la MMS documentó activamente el desmantelamiento de las instituciones públicas de seguridad social y propuso alternativas para salvaguardar los intereses de la población más vulnerable. Algunas propuestas sobre sistemas públicos de salud, universales, gratuitos, solidarios e integrales desarrolladas en la MMS se implementaron con la llegada de Asa Cristina Laurell a la Secretaría de Salud del Distrito Federal. Bajo su conducción se impulsaron entre 2000 y 2006, numerosas leyes, planes, modelos de atención, programas de gratuidad y servicios basados en una perspectiva que considera a la salud como un derecho fundamental de las personas.

La creación del Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva (DCSC), en 2003, incorporó los avances realizados en las tres décadas previas por diversos grupos latinoamericanos -particularmente

en Brasil, Ecuador y México- bajo la perspectiva sanitarista, médico social y de salud colectiva. Su enfoque reconoce la naturaleza multidimensional de la salud y el carácter político del quehacer sanitario. Fue en esta etapa en la que se desarrollaron propuestas cada vez más complejas sobre el derecho a la salud y la ética de la salud colectiva. En este periodo se fortaleció la investigación en materia de subjetividad y salud, así como su papel en la explicación y determinación del *proceso salud-enfermedad*, impulsando el desarrollo de aproximaciones cualitativas. La incorporación de los postulados médico sociales en otros programas de posgrado se consolidó con la participación que desde los ochentas mantenía la MMS en la Asociación Mexicana de Educación en Salud Pública. A escala latinoamericana, la maestría participó en la creación de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES). Para la MMS esta asociación ha sido un espacio permanente de reforzamiento académico y político, y la concertación de los esfuerzos de ambos grupos contribuyó a formar con éxito la asociación correspondiente en México (ALAMES-México).

Egresados de la MMS han jugado un papel relevante en la creación de otros programas universitarios de investigación y enseñanza en medicina social, tanto en pregrado como en posgrado. El impacto de los egresados también ha sido visible en los servicios públicos de salud, así como en algunas organizaciones no gubernamentales. Su principal aporte ha consistido en la capacidad para plantear problemas complejos en salud, generar propuestas de intervención sanitaria dentro del marco general de los procesos políticos e incluir la participación de las poblaciones afectadas.

El crecimiento teórico y metodológico de la década de 1996 a 2005 sentó las bases para la ex-

pansión conceptual del modelo médico-social y su práctica en la siguiente década. Se configuraron nuevas formas de vinculación con otros programas de posgrado en México y América Latina, así como con los actores sociales, institucionales y políticos que forman actualmente una parte fundamental de la articulación de la MMS con la sociedad: organismos no gubernamentales, gobiernos locales, instituciones y servicios de salud, redes académicas, asociaciones políticas y observatorios ciudadanos.

Última década: criminalización de la marginación, cultura del control y biosegregación

De 2006 a 2016 el contexto internacional se caracterizó por la reducción extrema del Estado, la apropiación transnacional de territorios y recursos naturales y el aumento de los intercambios comerciales operados mediante acuerdos de libre mercado. Todo ello provocó un cambio sustantivo en las condiciones de producción y consumo del mundo entero, con la subsecuente modificación de las condiciones de vida de millones de personas, acentuando el consumismo y dañando el ambiente. La privatización masiva de bienes, servicios y beneficios sociales destruyó su carácter de bienes públicos, provocando la profundización de la pobreza y las desigualdades -incluso en países con una larga tradición en materia de bienestar- alentando la emigración masiva hacia los países ricos, quienes prácticamente cerraron sus fronteras.

La militarización de la vida cotidiana que siguió a la crisis provocada por el ataque a las Torres Gemelas terminó de satanizar a la población islámica -y de hecho, a cualquier manifestación que represente una visión distinta al modelo de pensamiento occidentalizado- dando paso a un nuevo terrorismo de Estado cuya base política y

militar se asienta en Washington. Como respuesta, el extremismo islámico se recrudeció abriendo una modalidad de guerra basada en el terrorismo fundamentalista. Paralelamente, la violencia desatada en el contexto de la guerra al narcotráfico creció descomunalmente, creando una atmósfera de inseguridad que sirvió para justificar el uso de casi cualquier forma de violencia estatal. El resultado ha sido una verdadera cruzada contra el Islam y el narcotráfico que, en nombre de la “libertad” y la “seguridad”, se despliega violando sistemáticamente los derechos humanos fundamentales, criminalizando la protesta social y militarizando las fronteras de todo el mundo (Canfora, 2007). En el caso de los asentamientos palestinos vecinos a Israel, de la migración siria que busca seguridad en Europa y de la oleada de migrantes mexicanos que intentan ingresar a los Estados Unidos, la respuesta es similar: la construcción de muros y la militarizaron de las fronteras. La exclusión irracional del “otro”, marcada por la biosegregación selectiva denunciada hace dos décadas por Giorgio Agamben constituye -por lo menos hasta ahora- el signo distintivo de las políticas norteamericanas de penalización preventiva (Agamben, 1999).

En contraste con la dinámica mundial, al comenzar este periodo surgieron en Sudamérica gobiernos progresistas que intentaron revertir la tendencia marcada por el capital internacional. Algunos gobiernos surgidos de las antiguas guerrillas latinoamericanas, por ejemplo, reivindicaron la soberanía popular, impulsaron reformas redistributivas y nacionalizaron sus recursos naturales (agua, petróleo y minería) a fin de mejorar las condiciones de vida de sus poblaciones. En los últimos años los gobiernos de Brasil, Paraguay, Uruguay, Bolivia, Ecuador y Venezuela se propusieron modificar la distribución de la renta

nacional para reducir las desigualdades socioeconómicas e impulsar acuerdos comerciales que limitaran la influencia de los Estados Unidos de América.

México, Chile, Perú y Colombia, contrariamente a la mayoría de países latinoamericanos, continuaron en la ruta neoliberal. Adicionalmente, México experimentó una profunda polarización política y social como resultado de la lucha electoral de 2006 por la Presidencia de la República. La ilegitimidad del presidente Felipe Calderón, surgida de las irregularidades del proceso electoral, provocó el surgimiento de una estrategia de gobierno basada en la guerra al narcotráfico. Esta lucha -que no modificó las estructuras financieras del narcotráfico- implicó la salida del ejército a las calles, afectando más a la población civil que al crimen organizado. Se estima que la crisis de seguridad pública que siguió a la generalización de la violencia en el territorio nacional causó, entre 2006 y 2016, más de 26 mil desaparecidos y cerca de 200 mil muertos, provocando una significativa reducción en la esperanza de vida en la población de hombres jóvenes.

En esta década ocurrió un fenómeno político que vale la pena señalar debido a su relevancia para la medicina social. Mientras que en el resto del país los costos de la guerra contra el narcotráfico se sumaron al aumento de la desigualdad provocado por el modelo neoliberal, en la Ciudad de México se consolidó un régimen político de centro izquierda que propuso una política social amplia y redistributiva (Laurell, 2003). En materia de salud el contraste fue extremadamente marcado. A escala federal se creó el Sistema Nacional de Protección Social en Salud (de tendencia francamente neoliberal), mientras que en la Ciudad de México se implantó el acceso universal a los ser-

vicios médicos y la gratuidad de los medicamentos. Infortunadamente, tal como ocurrió en buena parte de los países latinoamericanos, los enormes intereses afectados respondieron limitando severamente los programas e incluso revirtiendo, más tarde, las medidas que beneficiaban a la población más desfavorecida.

Durante la última década la MMS fortaleció su interacción con el sector público, llevando a cabo la evaluación externa de varios programas estratégicos de la Secretaría de Salud. Esta vinculación ha permitido evaluar la operación de la política pública en procesos particulares, como el abasto de medicamentos, el Sistema Integral de Calidad en Salud, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico y las acciones de Salud Pública desplegadas a escala nacional. Además de la vinculación con el sector público, en este periodo la MMS y el DCSC diversificó sus temáticas, ámbitos de acción y actores. El cuerpo docente participó activamente en espacios de la sociedad civil ampliamente reconocidos, como el Observatorio Iberoamericano de Políticas y Sistemas de Salud, el Observatorio de Política Social y Derechos Humanos, el Observatorio Ciudadano ¿Cómo vamos ciudad de México?, la organización internacional World Justice Project y la Plataforma de Organizaciones de la Sociedad Civil. También participó en debates y seminarios en el Senado de la República y la Cámara de Diputados, así como en la elaboración de documentos técnicos especializados en salud y derechos, como el Informe Alternativo de la Sociedad Civil al Primer Informe de México sobre el Protocolo de San Salvador.

La Revista Salud Problema fundada por el programa en 1978 -que en 1996 inició una nueva época- continuó publicándose de manera prácticamente ininterrumpida, modificando en 2012 su

plataforma para difundirse en forma electrónica. Para esa fecha las contribuciones a la revista se habían diversificado notablemente al incluir, además de los temas clásicos de la medicina social -relacionados con la distribución y determinantes de la salud y las políticas y prácticas en salud- trabajos relativos a la reforma de los sistemas de salud, la seguridad social, la descentralización de los servicios y los programas gubernamentales emergentes, como Oportunidades y Seguro Popular. Cada vez fue más frecuente publicar trabajos empíricos anteriormente poco visitados por la medicina social -como género, sexualidad, alimentación, obesidad, violencia, migración, pertenencia étnica, etcétera- e incluso estrictamente teóricos, como complejidad, biopolítica, bioética o epistemología.

En síntesis, excepto en su primera década, la MMS se ha desarrollado en un contexto abiertamente adverso, proclive al mercado y hostil al pensamiento crítico y al quehacer académico comprometido. Ha tenido que enfrentar la crisis de la educación pública y de la educación superior en México, sosteniendo, en lo esencial, un pensamiento orientado a transformar la sociedad. Ha resistido, adaptándose a las nuevas condiciones, pero sin renunciar a la identidad teórica y al compromiso político que la distingue de otros posgrados.

La MMS frente al pensamiento disciplinario, el positivismo y la salud pública convencional

A lo largo de sus cuarenta años la MMS ha logrado impulsar y sostener, académica y políticamente, una postura crítica sobre el origen y condiciones del *proceso salud-enfermedad* y la forma en que la sociedad responde a sus problemas (Iriart et al., 2002). Sus contribuciones no han sido lineales

ni exentas de contradicciones, y pueden enmarcarse en tres grandes esferas: en la formación de recursos de posgrado, en la acción política y en la construcción conceptual. Señalaremos algunos aportes en este último terreno.

Desde su inicio, el pensamiento médico social tuvo que enfrentarse a las disciplinas dominantes en el campo de la salud. La propuesta de reconstruir la salud como un nuevo objeto de estudio se enfrentó a la rigidez de las ciencias naturales -y de la mayoría de las ciencias sociales- que históricamente han marcado la ruta de investigación e interpretación de este concepto. La confrontación fue ineludible debido a que las ciencias naturales se erigieron desde el siglo XIX como el único saber válido sobre la naturaleza y, por lo tanto, sobre el cuerpo y sus alteraciones (Nunes, 1991).

Para la MMS resultaba epistemológicamente necesario subordinar el orden biológico a su dimensión socio-histórica, proponiendo una explicación nueva, distinta, distanciada de los aportes de las ciencias naturales, que pueden explicar cierto nivel de organización de la vida y la salud, pero nunca la complejidad de la vida en sociedad de los seres humanos. Este proceso no puede ser explicado utilizando, ni exclusiva ni fundamentalmente, el marco disciplinario de las ciencias naturales. Para comprender a la salud como fenómeno complejo, determinado históricamente, este marco ha sido superado desde sus inicios por la MS (López y Blanco, 1994).

Esta ruptura disciplinaria no sólo cuestionó los contenidos de las disciplinas naturales, sino la misma forma de organizar el pensamiento y explicar la realidad. Aunque la medicina social no niega el valor de las ciencias naturales para los objetos que le son propios, las redimensiona en

un marco que las integra sin sujetarse a su estructura epistemológica. De esta manera, debe reconstruir cada uno de los aportes científicos emanados de las ciencias biológicas, en ocasiones incorporándolos al marco de la medicina social y en ocasiones abandonándolos, al revelarse su limitada validez y capacidad explicativa. Este proceso implica la integración de conocimientos de distintos campos y niveles, y la construcción interdisciplinaria de nuevos objetos mediante el uso de mecanismos complejos de orden gnoseológico y científico (Jarillo y Arroyave, 1995).

Así, la medicina social ha devenido en un campo de saberes multi, inter y transdisciplinario nutrido de conocimientos que provienen de las ciencias naturales, las ciencias sociales y la filosofía. Una de las dificultades pedagógicas que debe enfrentarse durante la formación de los estudiantes consiste precisamente en lograr la ruptura epistemológica con el pensamiento positivista, disciplinario, lineal y mecánico, a fin de comprender las características y formas de operación del pensamiento social en relación con la realidad concreta.

A cuatro décadas del surgimiento de la medicina social contemporánea no puede sostenerse que ésta ha logrado sustituir el paradigma cientificista de interpretación de la salud. Sin embargo, la difusión del pensamiento médico social es cada vez más amplia, tiene un reconocimiento académico indudable y, además del plano formal de la ciencia, se inserta en los espacios de influencia política y social. De este intenso debate pueden destacarse dos aspectos centrales. El primero se refiere al desarrollo epistémico generado en el seno de la medicina social, que no sólo ha logrado generar categorías y conceptos propios sobre el *proceso salud-enfermedad y atención*, sino métodos y técnicas con los que pueden ser investigados. Es jus-

to en este espacio donde la hegemonía de los métodos positivistas como fuente de producción de conocimientos científicos fueron por siglo y medio casi indiscutidos, y ha sido un verdadero reto epistemológico lograr que la comunidad científica reconozca los conocimientos emanados del pensamiento médico social, así como los criterios que confieren validez y veracidad a sus aportes.

El segundo aspecto se refiere al impacto del saber sobre la salud en la esfera política, terreno en el que los saberes generados desde la academia se despliegan para transformar las condiciones de vida, de trabajo y de salud de los grupos sociales. Esta esfera remite inevitablemente al uso de la ciencia por la sociedad en su conjunto, pero especialmente por quienes detentan el poder político. Los tomadores de decisiones son quienes finalmente, al darles uso y ponerlos en práctica, otorgan existencia social a los postulados científicos, incluso al margen de su validez científica. Así, la demostración de postulados, la veracidad de enunciados, la posibilidad de replicar los procedimientos o la interpretación de los datos, por ejemplo, pueden estar totalmente viciadas por el ejercicio de poder. Los tomadores de decisiones, los grupos de presión, los intelectuales orgánicos o los funcionarios públicos poseen visiones modeladas por su formación, que frecuentemente obedecen a la lógica del pensamiento hegemónico. En este terreno, la MMS ha tenido un impacto relativamente notable, especialmente en el diseño y operación de programas de salud en la Ciudad de México y en América Latina a través de la inserción de sus egresados.

La medicina social no sólo ha tenido que enfrentarse al positivismo como visión general del mundo, sino a la salud pública convencional como su representante en la esfera sanitaria. Esta discipli-

na, desde que fuera reconocida como disciplina legítima en la primera institución que la enseñó -la Escuela de Salud Pública de la Universidad Johns Hopkins- enfrentó la disyuntiva de basarse en un pensamiento biologicista o en saberes emanados de las ciencias sociales. Al decantarse de las ciencias naturales, la salud pública no sólo adoptó un cuerpo teórico, sino al positivismo como modelo de pensamiento. El diseño de las políticas sanitarias actuales se basa en este tipo de salud pública que, bajo el nombre de “nueva salud pública”, utiliza abordajes basados en el estructural-funcionalismo y argumentos de eficiencia técnica como elementos centrales de la toma de decisiones, sustentando sus principios en la ética del mercado y el individualismo. Esto la contrapone a la visión de la medicina social, basada en la consideración del contexto histórico y el concepto de determinación social, la búsqueda de la equidad, la solidaridad y el respeto de los derechos humanos como soporte del desarrollo social. Por esta razón, lograr el reconocimiento de la medicina social no sólo ha requerido su aceptación como campo legítimo de saberes (en la esfera epistémica), sino conseguir que sus posturas políticas sean aplicadas y examinadas a la luz de evidencias prácticas, enfrentando y superando a la salud pública y sus manifestaciones en la esfera política.

De acuerdo con el materialismo histórico, los fenómenos colectivos de salud son expresiones particulares y concretas de la forma que adopta la base económica de la sociedad en cada momento de la historia, y a través del estudio de esta base económica puede comprenderse la dinámica de los fenómenos sanitarios. La categoría central a partir de la cual la medicina social ha construido la mayoría de sus definiciones conceptuales y teóricas es la de *determinación social*. Su perma-

nencia como categoría fundamental durante cuatro décadas obedece a su capacidad para explicar fenómenos complejos de la salud enfermedad colectiva y el estado de las respuestas que la sociedad despliega para enfrentarlos.

En la actualidad es un hecho irrefutable que la salud no puede explicarse exclusivamente a partir de las condiciones del ambiente, la conducta personal o el contacto con organismos biológicos, y que las condiciones económicas, políticas, ideológicas y culturales definen la salud, la enfermedad y su atención. La categoría *determinación social*, utilizada por la MMS desde hace cuarenta años,² fue empleada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para construir el modelo empírico de *determinantes sociales de la salud* (DSS), aunque sin cuestionar las condiciones de fondo que explican la desigualdad. De esta manera, la medicina social logró colocar en el escenario mundial el concepto de DSS (Waitzkin *et al.*, 2001; Iriart *et al.*, 2002; Tajer, 2003). Aunque la noción que hoy sostiene la OMS sobre los DSS es un avance con respecto al modelo de *factores de riesgo*, su perspectiva no se articula con la concepción de la salud como un complejo proceso determinado por la historia y las condiciones sociales, y un derecho humano universal e imposterizable, tal como sostiene la medicina social. El positivismo científico, la eficiencia técnica y las evidencias de costo-efectividad siguen siendo los protagonistas principales del campo sanitario.

Perspectivas en el corto y mediano plazos

Los elementos planteados son la base para diseñar el futuro inmediato de la MMS. No cabe duda que los escenarios económico y político de Méxi-

² Desde su surgimiento y hasta la actualidad, la MMS imparte un módulo denominado Distribución y Determinantes de la Salud Enfermedad (Mercer, 1978; MMS, 1979).

co y el mundo apuntan a fortalecer las posiciones del capital. Por esta razón no se avizora un escenario favorable para el movimiento sanitario y la vida académica. En materia de salud, los años por venir estarán definidos según se adopte alguna de estas dos posibles posturas:

Una posición economicista, positivista e individualista, basada en propuestas emanadas fundamentalmente de los modelos de mercado sobre las acciones de salud;

Una postura crítica, colectivista, de base solidaria, derivada de la explicación social de los fenómenos sanitarios y el reconocimiento del derecho universal a la salud y la igual dignidad de las personas, lo que es posible en una sociedad distinta a la capitalista.

La medicina social -como ha hecho desde su nacimiento- afirma que la segunda vía es la única capaz de responder a los problemas de salud de las grandes mayorías. En un contexto caracterizado por la derechización política del mundo, la criminalización generalizada de la pobreza y la biosegregación como una nueva forma de afron-

tar los desórdenes generados por la desigualdad extrema, se trata sin duda de un gran desafío.

La naturalización de la violencia criminal y política en el país, los recientes ataques a la democracia latinoamericana, la derechización del gobierno estadounidense y la indiferencia mundial ante la crisis de inmigración, por ejemplo, no permiten vislumbrar un futuro provisorio para la salud y la vida. El alcance de un entorno donde el bienestar y la vida digna sean patrimonio de todos y no sólo el logro de unos pocos, implica el alcance de una sociedad en donde la igualdad, la equidad y la solidaridad sean los medios privilegiados para reducir las diferencias injustas en la calidad de vida de las personas, garantizar condiciones plenas de salud y crear condiciones para resolver los problemas de enfermedad, sin más limitaciones que las que impone el desarrollo científico.

Alcanzar una mejor salud en una mejor sociedad, aunque parezca cada vez más difícil y lejano, ha sido el fin de la medicina social desde que surgió. A pesar de las adversidades, no hay ninguna razón científica, histórica o ética para abandonar este propósito.

Referencias bibliográficas

- Agamben, G. (1999). *HOMO SACER I: El poder soberano y la nuda vida*. Valencia: Ed. Pre-textos. págs. 149-210.
- Arbesú, I. (2004). El sistema modular de la UAM-X. En: Arbesú, I. y Berruecos, L. (comp.) *El Sistema Modular, la UAM-X y la Universidad Pública*. México: UAM-X. págs. 9-25.
- Banco mundial (1993). *Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993: Invertir en Salud*. Washington:

- Banco Mundial.
- Bauman, Z. (2005). *Vidas desperdiciadas*. Barcelona: Espasa Libros.
- Bauman, Z. (2008). *Archipiélago de excepciones*. Buenos Aires: Katz Editores.
- Canfora, L. (2007). *Exportar la libertad. El mito que ha fracasado*. Ariel.
- Eibenschutz, C. (1978). *Investigaciones en marcha*. Salud Problema. 1(1):10-13.

- Garduño, A. M. A., Granados, J. A., Jarillo, E. C., López, O., Blanco, J., Castro, J. M., Tetelboin, C., Rivera, J. A. y López, S. (2009). La perspectiva médico social y su contribución al quehacer científico en salud. En: Chapela MC, Mosqueda A. (eds.) De la clínica a lo social. Luces y sombras a 35 años. México: UAM. págs. 25-52.
- Garland, D. (2001). La cultura del control. Barcelona: Gedisa.
- Iriart, C., Waitzkin, H., Breilh, J., Estrada, A. y Merhy, E. (2002). Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 12(2):128-36.
- Jarillo, E. y Arroyave, G. (1995). El conocimiento de la salud y las ciencias sociales. *Revista Española de Salud Pública*. 69(3-4):265-276.
- Laurell, A. C. (1982). El proceso salud enfermedad como proceso social. *Cuadernos Médico Sociales*. 19:1-11.
- Laurell, A. C. (2003). What does Latin American Social Medicine do when it governs? The case of the City Government. *American Journal of Public Health*. 93(12):2028-2031.
- Laurell, A. C., Noriega, M., López, O. y Martínez, S. (1991). El trabajo como determinante de la enfermedad. *Cuadernos Médico Sociales*. (56):17-33.
- López, O. y Blanco, J. (1994). Modelos sociomédicos en Salud Pública: coincidencias y desencuentros. *Salud Pública de México*. 36(4):374-385.
- Mercer, H. (1978). La maestría medicina social. *Salud Problema*. 1(1):3-4.
- maestría en medicina social (1979). Plan de estudios de la Maestría en Medicina Social. México: UAM.
- Nunes, E. (1991). Las Ciencias Sociales y la Medicina Social en los cursos de postgrado. En: Franco, S., Nunes, E., Breilh, J. y Laurell, C. (coord.). *Debates en Medicina Social*. Quito: OPS-ALAMES. págs. 48-57.
- OCDE. (2015). Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Pensiones: México. Ciudad de México: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos.
- OPS/OMS en México. (2014). Cobertura Internacional para la Salud. Lecciones internacionales aprendidas y elementos para su consolidación en México.
- Polanyi, K. (2003). La gran transformación. Los orígenes políticos y económicos de nuestro tiempo. 2a Edición. México: FCE (publicado originalmente en 1994).
- Tajer, D. (2003). Latin American Social Medicine: roots: development during the 1990s, and current challenges. *American Journal of Public Health*, XCIII. (12): 2023-7.
- UAM. (1974). Documento Xochimilco. México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Villarreal, R. (entrevista realizada en 1985). La gestación de la Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco. En: Ornelas C (comp.) (2014). Hace 40 años: la fundación de la Universidad Autónoma Metropolitana. México: UAM-X. págs. 203-208.
- Wacquant, L. (2010). Las cárceles de la miseria. 2a Edición (ampliada). Buenos Aires: Editorial Manantial.
- Waitzkin, H., Iriart, C., Estrada, A. y Lamadrid, S. (2001). Social Medicine in Latin America: Productivity and dangers facing the major national groups. *Lancet* 2001. 358(9278):315-23.

Lineamientos editoriales de *Salud Problema* para autores/as

La Revista Salud Problema es una publicación semestral de la Maestría en Medicina Social de la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco (México) en la que se presentan análisis científicos y resultados de investigación que estudian el proceso salud-enfermedad-atención de las colectividades humanas desde una perspectiva crítica. Fue fundada desde 1978 y cuenta con una larga trayectoria en la difusión del pensamiento médico social en América Latina. Para quienes deseen enviar sus trabajos a la Revista, compartimos a continuación los lineamientos editoriales.

1. Especificaciones generales

- 1.1. Los trabajos deben ser inéditos y no haber sido sometidos a consideración de otras publicaciones. El Consejo Editorial se reserva el derecho de no aceptar materiales que, a su juicio, no cumplan los requisitos de calidad, extensión o cuidado formal y editorial.
- 1.2. Los trabajos deberán ser presentados en idioma español, con un resumen y palabras clave en español e inglés (abstract/keywords). También podrán ser en idioma portugués, los cuales deberán ofrecer resúmenes en español, inglés y portugués. Salud Problema no provee servicios de traducción.
- 1.3. Junto con el manuscrito, se deberá incluir, en archivo aparte, una síntesis curricular de cada autor/a de no más de 15 líneas (grados académicos, institución donde trabaja/estudia y líneas de investigación) así como sus datos de contacto (teléfono, correo electrónico, dirección postal).
- 1.4. Los trabajos se recibirán en formato electrónico en el correo de la Editorial de la Revista saludproblema@correo.xoc.uam.mx; con

copia a la Directora de la Revista Soledad Rojas Rajs: srojasrajs@correo.xoc.uam.mx.

2. Dictamen de trabajos

- 2.1. La aceptación de los textos enviados a Salud Problema se fundamenta en la revisión de dos dictaminadores/as. El dictamen se realiza con el sistema conocido como par de ciegos. Los dictámenes son inapelables, siendo responsabilidad del Consejo Editorial de la Revista la discrecionalidad y manejo ético y técnico del dictamen.
- 2.2. El resultado del dictamen indicará que el texto: (a) Puede ser publicado en su estado actual; (b) Publicable con cambios menores o mayores; (c) No publicable.
- 2.3. En caso de que los trabajos sean aprobados para su publicación, quien sea responsable de la edición de la Revista se reserva el derecho de solicitar correcciones de estilo en coordinación con los/as autores/as.

3. Formato del Texto

- 3.1. Los trabajos deberán realizarse en procesador de palabras Word. Se empleará la fuente Times New Roman 12 puntos con interlineado 1.5, márgenes laterales de 3 cm., superior e inferior de 2,5 cm., alineación justificada, sin sangría. Este formato se aplicará en todo el texto, excepto título y subtítulos de apartados.
- 3.2. Al final de cada párrafo se debe introducir un retorno de carro para separarlo del párrafo siguiente.
- 3.3. En caso de que se incluyan citas textuales: si el texto citado es menor a 40 palabras se entrecomillará formando parte del párrafo de proce-

dencia; y en caso de que sea mayor a 40 palabras se separará del párrafo anterior con sangría de 2.5cm para todo el párrafo citado, sin entrecorillado.

- 3.4. Títulos y subtítulos utilizarán negritas. Los subtítulos deben separarse con retornos de carro tanto del párrafo que antecede como del que sigue.
- 3.5. La extensión máxima de los trabajos deberá ser de 30 cuartillas incluyendo resúmenes, el cuerpo del texto, cuadros, gráficas, notas y referencias bibliográficas.

4. Citas y referenciación

- 4.1. En el texto se citará con base en el sistema parentético APA: entre paréntesis y señalando autor-año. Si se realizan citas textuales, se deberá incluir el número de página, según la adaptación de la RSP, después de dos puntos. Se solicita que, en el caso de ser más de dos autores, se emplee la frase abreviada *et. al.* en cursiva después del apellido del primer autor y separada por una coma del año y páginas. Ejemplo: (Vázquez *et. al.*, 2000: 25)

5. Notas y referencias bibliográficas

- 5.1. Se sugiere uso moderado de notas al pie de página. Si se incluyen, deberán utilizar Times New Roman 10.
- 5.2. El listado final de referencias utilizadas se llamará “Referencias bibliográficas”.
- 5.3. Las referencias citadas deberán ser enunciadas en forma de listado al final del texto por orden alfabético y cronológico.
- 5.4. Los elementos que conforman la referencia irán en el siguiente orden: autores: APELLI-

DOS (coma)- primer inicial (punto); año (entre paréntesis). Título (de acuerdo al tipo de trabajo). Lugar: Editorial, páginas.

6. Tablas y gráficas

- 6.1. Se empleará Times New Roman 10 puntos para todos los datos de las tablas y gráficas.
- 6.2. Todas las cantidades deberán ir separadas por un espacio entre millares (p.ej. 8 432) y no por comas. Ninguna palabra en tablas y gráficas debe tener subrayados ni en mayúsculas ni en negritas. Los títulos y fuentes de consulta deben quedar fuera de las tablas y gráficas. Los títulos en 10 puntos, centrados y en negritas, y las fuentes en 8 puntos y justificadas.

- 6.3. Deberán anexarse los archivos originales en que fueron elaborados todos los gráficos y tablas (Excel, Power point, etc).

Para conocer la versión completa de los lineamientos editoriales, consulta el siguiente código QR:





Revista Salud Problema

Maestría en Medicina Social

UAM.Xochimilco

Página web: <https://saludproblemaoj.s.xoc.uam.mx/index.php/saludproblema>

Facebook: <https://www.facebook.com/revistasaludproblema>

Instagram: <https://www.instagram.com/revistasaludproblema>

Twitter: <https://twitter.com/SaludProblema>

