

Salud y sociedad. Aportaciones del pensamiento latinoamericano

Oliva López Arellano y Florencia Peña Saint Martin

Introducción

Desde la perspectiva de las ciencias sociales, la relación entre la “biología humana” y la sociedad tiene una triple dimensión en articulación recursiva permanente: las expresiones psico-biológicas materiales, que son múltiples y diversas en los seres humanos (vida, sexualidad, concepciones, gestaciones, nacimientos, crecimiento, maduración, desarrollo, menarquia, menopausia, bienestar, malestar, salud, enfermedad, discapacidad, muerte, etc.); las interpretaciones que desde la cultura se realizan sobre estas manifestaciones psico-biológicas, y las prácticas sociales que se ponen en marcha para simbolizarlas, entenderlas, explicarlas, ritualizarlas, promoverlas, controlarlas, evitarlas y/o resolverlas. Y, aunque se trata de un proceso integral, en el proceso de investigación sus tres dimensiones se desarticulan con fines teóricos, metodológicos y prácticos.

Así, en particular la salud como proceso social, que forma parte de pero no se agota en este ámbito de reflexión, es investigada también a partir de esta triple vertiente interdependiente, tomando en cuenta: las formas históricas que asume; sus constructos simbólicos en grupos culturales específicos y las diversas respuestas sociales que a partir de las dimensiones anteriores se ponen en

marcha en distintos niveles: individual; doméstico; familiar; a partir de redes sociales; como expresión cultural, demanda social o parte de las políticas públicas.

Es necesario enfatizar que en el ámbito de las respuestas sociales se incluyen las obligaciones y las tareas de los Estados-nación para con la ciudadanía (Fleury, 1992; García, 1981), el impacto de los organismos internacionales (Laurell, 1994a; López, 1994; Laurell, 1995; Laurell y López, 2002), la voz y los resultados de los grupos académicos y de otros actores sociales actuantes en el campo de la salud, etc. Las reflexiones sobre la naturaleza de las relaciones entre las ciencias sociales y la salud en América Latina tuvieron como punto de partida los evidentes diferenciales sociales que existen en el área, así como las transformaciones de los perfiles epidemiológicos en distintos momentos históricos, concomitantes con patrones socio-demográficos específicos entre países, regiones y/o grupos sociales, que han sido, además, dinámicos.

El campo de conocimiento científico que se ocupa de la salud/enfermedad y de los sistemas de salud desde la dinámica social ha recibido diferentes denominaciones: Medicina Social, Ciencias Sociales Aplicadas a la Salud, Ciencias Sociales en Salud y Socio-Medicina, en referencia al objeto de estudio general. En tanto, otros nombres designan los abordajes disciplinarios desde ciencias sociales particulares (Sociología Médica, Economía de la Salud, Economía Política de la Salud, Antropología Médica) o desde las ciencias médicas (Epidemiología Social, Epidemiología Crítica, Higiene Social, Nueva Salud Pública). En la perspectiva de Juan César

Este texto fue originalmente publicado como capítulo del *Tratado Latinoamericano de Sociología* (2006), Enrique de la Garza Toledo (coordinador), Editorial Anthropos y la Universidad Autónoma Metropolitana, Iztapalapa, pp. 278-299. Se reproduce aquí con autorización de Editorial Anthropos [www.anthropos-editorial.com] y del coordinador de la obra, a quienes manifestamos nuestro agradecimiento.

García, esta variedad de nombres implica distintas aproximaciones al objeto de estudio, tradiciones científicas y corrientes de pensamiento, que sólo expresan un cierto grado de acuerdo en que este campo de conocimiento se refiere al “estudio de los determinantes sociales de la salud-enfermedad y de los servicios de salud” (García, 1984:21), aunque veinte años después las ciencias sociales ya no busquen “determinantes” y se reconozca el papel de la cultura y la subjetividad en los procesos, posición que avanza teóricamente sobre la búsqueda de “causas” y el determinismo económico inicial.

En América Latina, se identifican tres momentos esenciales para el desarrollo de las corrientes de interpretación de la salud en su relación con la sociedad, vinculados estrechamente a tres distintos periodos en el desarrollo histórico y económico de la región.

Una fase de expansión capitalista basada en la explotación de los recursos naturales de la región, que se corresponde con un modelo higienista en el campo de las políticas públicas de salud y los inicios de la sociología como área académica independiente de la reflexión en salud.

Un periodo caracterizado por la intensa promoción de la industrialización del área, con base en el modelo denominado sustitución de importaciones, sustentado en una visión desarrollista (fuertemente cuestionada por corrientes sociológicas latinoamericanas conocidas como teorías de la dependencia) y un estado benefactor. En este periodo se consolidan las ciencias sociales; las políticas públicas en salud se sustentan en modelos ecológicos multicausales y surgen las posiciones contestatarias en salud que reconocen la importancia de la desigualdad social como eje esencial de la causalidad de los problemas más importantes en salud.

Una fase de globalización de la economía caracterizada por la imposición por organismos supranacionales de un nuevo modelo económico denominado “neoliberal”, que borra las fronteras nacionales y reconfigura las políticas sociales desmantelando al estado de bienestar y sus instituciones de protección social, lo que ocasiona

un proceso de “privatización de la vida” y de todas las áreas rentables de la economía, incluyendo la atención a la salud.

Salud y sociedad en la fase de expansión capitalista. Inicios de la sociología y modelo higienista

Hasta el periodo de la segunda post guerra mundial la expansión capitalista en América Latina se basó en la explotación de sus recursos mineros, agrícolas y forestales, lo que la enfrentó a las condiciones insalubres de los países “tropicales” generándole problemas socio-sanitarios que requirieron poner en marcha acciones para el control de las enfermedades infecciosas y parasitarias, la eliminación de vectores y otras acciones de saneamiento ambiental, promovidas por las empresas, los capitales transnacionales, predominantemente norteamericanos y los gobiernos locales (García, 1981). En este contexto fue necesario crear condiciones de trabajo relativamente seguras en regiones donde eran endémicas la malaria, la fiebre amarilla y diversas parasitosis y facilitar el intercambio de mercancías en fronteras y puertos con los menores riesgos de contagio posibles. Estas acciones fueron realizadas atribuyendo a la salud un valor económico, no tenían como centro la procuración de bienestar para los trabajadores involucrados, es decir, su agenda era básicamente higienista (Breilh, 1987; Franco, 1990).

La evolución del capitalismo en la región no sólo genera transformaciones económicas y en la estructura demográfica, así como cambios sociales, sino que también posibilita transformaciones en las formas de representación de esas sociedades. A finales del siglo XIX y hasta los años cuarenta del siglo XX, las ciencias sociales inician su desarrollo en la región, particularmente en México y Brasil. En parte, su consolidación está influenciada por la inmigración de intelectuales españoles que huyen de la guerra civil y de la derrota de la República y por el incipiente intercambio de latinoamericanos con universidades europeas (Briceño y Sonntag, 1999:106-107). Sin embargo, los contenidos de

estas ciencias sociales están impregnados del pensamiento occidental, que muchas veces no toma en cuenta la heterogeneidad cultural de América Latina, tienen un desarrollo incipiente y aún no puede hablarse de su plena institucionalización, mucho menos de su utilización en la investigación en salud.

Las acciones en salud están sustentadas en la interpretación epidemiológica que corresponde al modelo unicausal, centrado en buscar y eliminar los agentes patógenos (virus, bacterias, etc.) y sus vectores. Por tanto, las respuestas sociales oficiales en el terreno de la salud son guiadas por un interés práctico por controlar dichos agentes causales, sin preocupaciones por comprender las relaciones entre la salud y la sociedad (Jarillo et al., 2004). La influencia del contexto internacional con el desarrollo de los antibióticos, de técnicas diagnósticas y de nuevas vacunas, amplía los recursos para el combate de enfermedades infecciosas y posibilita intervenciones masivas con éxitos notables en el control y erradicación de ciertas patologías. Comienza la institucionalización del campo de la salud pública y los éxitos en torno al control de ciertas enfermedades infecciosas legitiman el quehacer de los sanitarios que comienzan a ser reconocidos como personal necesario para la atención de los problemas de salud de las colectividades (Jarillo et al., 2004). Se inicia así la expansión de este campo con una plataforma preventivista, que fundamenta sus intervenciones en las investigaciones microbiológicas e inmunológicas, plasmadas en el desarrollo de vacunas, lo que sienta las bases del intervencionismo estatal (García, 1982).

Este enfoque de prevención específica contra las patologías infectocontagiosas, posibilita la reducción de la letalidad de algunas enfermedades con la puesta en marcha de campañas nacionales, por ejemplo, contra la tuberculosis, las enfermedades venéreas y el paludismo, así como la erradicación de la viruela, sin cuestionar ni plantear los determinantes estructurales de dichas enfermedades (Arouca, 1975).

Salud y sociedad en el periodo de sustitución de importaciones. Las teorías de la dependencia, los modelos ecológicos multicausales y el surgimiento de posiciones contestatarias en salud

Durante el periodo desarrollista de promoción de la industrialización latinoamericana, ocurrido en el periodo de la post II Guerra Mundial, basada en el modelo económico denominado “sustitución de importaciones”, la región se vio gobernada por estados de bienestar (en vertientes restringidas, en comparación con sus contrapartes europeos) que invertían directamente en el costo económico de la reproducción de la población como parte de una política social y económica inherente a la misma implantación de este modelo económico. Estos gobiernos asumen tareas en la reproducción de la fuerza de trabajo, conformando y financiando instituciones de protección social y otorgando subsidios a los llamados bienes salario, muchas veces aún en presencia de las dictaduras militares que caracterizan al cono sur en la segunda mitad de la década de los años setentas y parte de los ochentas.

Desde el marxismo, entonces dominante en las ciencias sociales latinoamericanas, esta política era teorizada como la participación del estado para garantizar la reproducción de la fuerza de trabajo para apoyar la acumulación de capital. Así, el estado absorbía o subsidiaba los costos de atención al transporte, la salud, educación, vivienda y ciertos bienes de consumo entre los que pueden citarse pan, tortillas, harina y azúcar (teorizados como bienes-salario).

Sin embargo el reparto y la intervención del estado en bienes y servicios era diferencial, los sectores obreros recibían atención a la salud y seguridad social, especialmente aquellos grupos estratégicos para este momento de expansión capitalista: Trabajadores petroleros, ferrocarrileros y electricistas, lo mismo que los burócratas, mientras que la población rural, entonces mayoritaria, recibía proporcionalmente los presupuestos más bajos para la atención a la salud y carecía de seguridad social. Esto, en sí mismo, alentó la fuerte migración campo-ciudad que

caracterizó al periodo y que décadas más tarde fue el detonador del crecimiento de la pobreza urbana, de la terciarización de las economías, de la precarización y la informalización del empleo en las ciudades, el crecimiento importante en el número de burócratas debido a la intervención del Estado en prácticamente todas las áreas de la economía y la incorporación de las mujeres al trabajo asalariado. Por supuesto, en sinergia con otros procesos sociales, principalmente la implantación del modelo económico neoliberal.

El modelo de sustitución de importaciones subyacente a la industrialización intensiva de Latinoamérica, es decir, la suposición del crecimiento del sector secundario como la vía adecuada para contrarrestar el intercambio desigual que se daba en el mercado internacional, provocado por la producción y exportación de materias primas de bajos precios y poco competitivas por parte de Latinoamérica y la importación de manufacturas elaboradas por los países “desarrollados”, principalmente Estados Unidos, tuvo como consecuencia el paulatino abandono y desfinanciamiento de las actividades agropecuarias, con masivas corrientes migratorias campo-ciudad (De la Garza, 2001), sin poder resolver el problema de la desigualdad social y la pobreza en América Latina, ni su condición de región subdesarrollada. Sin embargo, como ya se dijo, su aplicación transformó su socio-demografía a una velocidad vertiginosa en unas cuantas décadas y redefinió los problemas sociales importantes a resolver en el siguiente periodo.

En el terreno de los hechos fácticos era ya evidente que los problemas del proletariado y del ejército industrial de reserva (como eran teorizados entonces los ahora llamados “pobres” por el Banco Mundial) sólo se habían reconfigurado, y que su impacto negativo en los niveles de salud y en los procesos de atención no habían desaparecido, sólo mostraban una recomposición.

En el campo de la salud entonces –como ahora– los problemas del área eran un mosaico que combinaba perfiles de salud/enfermedad y prácticas de atención similares a los de los países del primer mundo en algunos grupos poblacionales

privilegiados, mientras en otros se presentaban problemas extremos directamente atribuibles a condiciones de vida precarias y grupos sociales que estaban excluidos de sistemas y servicios eficientes de atención a la salud. Asimismo, principalmente en los países con fuerte presencia indígena, la “etiología” de los problemas de salud y las consecuentes terapéuticas utilizadas, no respondían a las intenciones desarrollistas homogenizadoras e integradoras, sino que estos sectores recurrían a prácticas alternativas desde cosmovisiones específicas, alejadas de la medicina científica, conocida en el ámbito académico como “medicina tradicional”. Además de razones culturales, la persistencia de estas cosmovisiones se explica también a partir de la exclusión ancestral de la población indígena de los sistemas de salud y su situación histórica de pobreza extrema. La antropología dio cuenta de esta expresión de la diversidad cultural humana, desarrollándose la antropología médica, cuyo pionero en México con una mirada propia y de respeto a esta diversidad cultural latinoamericana fue el doctor Gonzalo Aguirre Beltrán, médico y antropólogo, tradición que en este país han continuado Carmen Anzures (Dirección de Etnología y Antropología Social, Instituto Nacional de Antropología e Historia), Roberto Campos (Departamento de Historia y Filología de la Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México), Paul Hersch (Centro del Instituto Nacional de Antropología e Historia en el Estado de Morelos), Eduardo Menéndez (Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social-México) y Luis Vargas (Instituto de Investigaciones Antropológicas, Universidad Nacional Autónoma de México), entre muchos otros investigadores en América Latina.

En el campo de la salud se comienza a perfilar una mayor complejidad epidemiológica por la emergencia de patologías ligadas a la modernidad urbana, consecuencia de los procesos de industrialización en las ciudades (enfermedades crónicas, infartos, accidentes, psicostornos). La investigación inicia la búsqueda de relaciones más

complejas entre la sociedad y la salud, en la medida que los modelos explicativos unicastos centrados en agentes microbianos muestran su insuficiencia en estos nuevos escenarios socio-históricos. En los países centrales surgen como ejes explicativos los modelos ecológicos multicausales (Leavell y Clark, 1965; MacMahon y Pugh, 1965), que, sin embargo, no abandonan la tradición positivista, ni el enfoque individual, biológico y ahistórico de la medicina.

En este periodo, los perfiles de enfermedad y muerte se caracterizan por el predominio de las enfermedades infecciosas, parasitarias y carenciales, patología inmunoprevenible y complicaciones del embarazo, parto y puerperio; con una elevada proporción de defunciones en menores de 5 años y de muertes maternas. Asimismo, se expresan los rasgos iniciales de la complejización epidemiológica al incrementarse simultáneamente la patología crónica (enfermedades del corazón, cáncer y diabetes mellitus) y los accidentes (OPS, 1984).

En la sociología latinoamericana surgen las corrientes *dependentistas*, críticas al desarrollismo ideológico que impulsa el modelo económico de sustitución de importaciones, fuertemente impactadas por la Revolución Cubana (Cardoso y Faletto, 1971). Se había avanzado en enfatizar que el lugar de Latinoamérica en la división internacional del trabajo, principalmente sus relaciones de dependencia con los Estados Unidos, y la concomitancia de los problemas sociales que esta posición ocasionaba en el área, así como la fuerte estratificación interna que ocasionaba que la riqueza socialmente producida no fuera distribuida equitativamente, eran la “causa” de los principales problemas sociales de la región, incluida la salud de las colectividades. Por tanto, la conclusión lógica era que este panorama sólo podía cambiar remontando esta posición subordinada, acompañándola de nuevas políticas públicas con orientación social, tal como Cuba lo había hecho después de la Revolución de 1959.

Es a finales de este periodo que se desarrollan las reflexiones en salud desde la dinámica de la sociedad y se confrontan diversas corrientes

interpretativas, principalmente la funcionalista, que no cuestiona al sistema social, y la marxista, comprometida con generar cambios sociales para construir una sociedad más igualitaria. Estas reflexiones parten de posturas críticas de tradición dependentista y marxista, sobre la organización social y avanzan en el análisis de las relaciones entre la sociedad y los problemas de salud de las colectividades, inaugurando una nueva línea de pensamiento que había sido dejada de lado por ambas corrientes, que, por otro lado, a pesar de ambas cuestionar al desarrollismo capitalista, muchas veces se contrapusieron en el debate académico y político del momento.

La perspectiva latinoamericana en salud

Como ya se dijo, en Latinoamérica las conceptualizaciones del modelo ecológico multicausal, basadas en el estudio de lugar-tiempo-persona se mostraban ya insuficientes ante la realidad epidemiológica, ni siquiera la triada epidemiológica de Leavell y Clark (1965) que hace interactuar a los agentes patógenos con la susceptibilidad del huésped en ambientes naturales, ni la red causal de MacMahon y Pugh (1965) podían dar cuenta de la problemática de salud a nivel de las colectividades de la región.

En este contexto, las visiones críticas buscaron *las causas* de los perfiles patológicos históricos en la organización de la producción social (entonces teorizada como modo de producción por el auge del marxismo estructuralista en las ciencias sociales) (Navarro, 1976; Timio, 1979; Waitzkin y Waterman, 1981), en las condiciones de vida que esta organización conllevaba (el ámbito de la reproducción de la fuerza de trabajo) (Breilh et al., 1987; Betancourt et al., 1991; Blanco y Sáenz, 1994), en las relaciones desiguales de Latinoamérica con el resto del mundo (intercambio desigual y combinado) (Castellanos, 1997), en la organización de la producción fabril (incluyendo en los análisis el uso y explotación de fuerza de trabajo generadora de plusvalía en la fábrica capitalista) (Laurell y Noriega, 1989), para lo cual se encontraron con y utilizaron los postulados de la sociología marxista del cambio,

con expresiones diversas que fueron objeto de análisis múltiples (Nunes, 1987; Belmartino, 1994; Burlandy y Bodstein, 1998; Barbosa y Azevedo, 2002).

El agotamiento de los paradigmas preventivistas y multicausales, la multiplicación de las críticas y las evidencias de los límites de los abordajes convencionales para explicar y actuar frente a un panorama epidemiológico cada vez más complejo y diversificado, acelera la formación de nuevos programas en salud pública sobre todo en el nivel de posgrado, surgen opciones innovadoras y se incorporan los contenidos de las ciencias sociales y de la conducta a los planes de estudio de los posgrados en salud en toda Latinoamérica (García, 1972; Nunes, 1991).

La corriente de pensamiento médico social en América Latina cuestiona la insuficiencia de los planteamientos de la salud pública dominante de tradición positivista (López y Blanco, 1994), para quien las colectividades son solamente sumas de individuos con características demográficas similares, como edad, sexo, ocupación; lugar de residencia, ingreso, escolaridad; el reducido impacto de las prácticas clínicas y hospitalarias sobre la distribución desigual de la salud/enfermedad-representaciones-respuestas sociales (López, 1984) y la perspectiva funcionalista, propia de las ciencias sociales del orden, para explicar la sociedad e intervenir sobre los problemas de salud/enfermedad de las mayorías depauperadas y excluidas de la riqueza socialmente producida.

Por supuesto, este desarrollo del pensamiento latinoamericano en salud no es lineal, las teorías y metodologías, así como los problemas que éstas pretenden explicar han cambiado en consonancia con el desarrollo histórico nacional y regional de América Latina.

Iriat y colaboradores (2002: 128-136) ubican los inicios del pensamiento social en salud latinoamericano en la primera mitad de la década de los setentas en la Organización Panamericana de la Salud (OPS) con Juan César García (argentino), quien junto con María Isabel Rodríguez (salvadoreña), Miguel Márquez

(ecuatoriano) y José Ferreira (Brasil), todos médicos y parte del equipo de la OPS, dieron impulso a la medicina social en latinoamérica tanto con sus propios trabajos, como apoyando el desarrollo de investigaciones, la publicación de libros y la realización de eventos con esta perspectiva, así como colaborando entusiastamente en el primer programa de posgrado que se propuso explícitamente retomar e impulsar la perspectiva de la salud como evento social: la Maestría en Medicina Social de la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, fundada en 1975, en donde se han formado como profesores o alumnos buena parte de los profesionales que se adscriben a esta corriente y el programa de medicina social de la Universidad Estatal de Río de Janeiro, que abre sus puertas en 1976, también con el apoyo del mismo grupo de la OPS, propuestas iniciales a partir de las cuales han surgido muchos otros programas formales y grupos interdisciplinarios interesados en esta temática.

Esta perspectiva latinoamericana sobre salud y sociedad, se diferencia muy claramente de las reflexiones norteamericanas en el campo de la sociología médica. Esta última tiene su origen en los trabajos de Parsons (1951) e interpreta a la práctica médica como institución social, pero avanza bajo la perspectiva de los intereses de las agencias financiadoras y de los *policy makers*. Es decir, como disciplina aplicada, produce conocimiento social para las compañías de seguros, la práctica médica insitucionalizada y de alta tecnología, las campañas puntuales de salud pública y la formulación de políticas para control de enfermedades específicas (Nunes, 2003). Asimismo, se distancia de la mirada de la salud pública que, según Edmundo Granda, es en realidad una *enfermología pública* que mira al individuo antes de que se convierta en paciente, por lo que su enfoque es reconocer el riesgo en una perspectiva por fuera y antes de que el individuo enferme y se sustenta en lo que este autor denomina el *trípode fundacional* de la salud pública: el funcionalismo para explicar el orden social, el método positivista para estudiar la

enfermedad y el poder del Estado para garantizar la prevención (Granda, 2000).

Los aportes del pensamiento médico-social

La producción médico social en los últimos treinta años ha sido muy vasta, por tanto, más que realizar una revisión exhaustiva de las investigaciones, se recuperan aquí las tendencias generales. Existen ya espacios para la búsqueda sistematizada de la producción médico-social en el área, como son el Portal de Medicina Social (<<http://www.socialmedicine.org/>>), el catálogo de revistas en ciencias sociales en salud de la Biblioteca Virtual en Salud Brasileña (<<http://revistas.bvs.br/>>) y la base de datos organizada por Naomar Almeida Filho (<<http://www.paho.org/English/HDP/HDR/series19.pdf>>), entre las fuentes bibliohemerográficas más importantes.

Los planteamientos médico-sociales iniciales parten del marxismo, del que retoman diversas categorías para construir su base conceptual. Se adscriben a la concepción de ser humano que se define y diferencia de otras especies vivas por su capacidad de apropiarse de la naturaleza, a partir del trabajo (Engels, 1974; Trigger, 1974; Juanes, 1980; Peña Saint-Martín, 1982) y, en ese proceso, crearse y transformarse a sí mismo desde la cultura y las relaciones sociales. Incorpora categorías generales como proceso de trabajo (Marx, 1978), reproducción social (momento de producción, momento de consumo) (Breilh, 1987) y clases y desigualdades sociales y se explora –en situaciones y grupos sociales específicos– la determinación y la distribución diferencial de la salud, la enfermedad, la muerte y la atención, como procesos colectivos, imbuidos en la cultura y las relaciones sociales (Blanco, 1991).

En su desarrollo posterior, el campo médico-social se delimita y profundiza en la elaboración teórica y metodológica, al reconocer dos grandes objetos de estudio: la distribución y los determinantes de la salud-enfermedad y los saberes y las prácticas especializadas en torno a la salud, la enfermedad y la muerte. A esta tarea colectiva de creación y profundización teórica,

metodológica e instrumental se incorporan diversos grupos de investigación y programas de formación de recursos humanos en Medicina Social surgidos en los setenta y ochenta en América Latina. Estos polemizan con el funcionalismo y con la perspectiva preventivista de la salud pública hegemónica, planteando aproximaciones de mayor amplitud explicativa sobre los fenómenos ya conocidos (López y Blanco 2003). Asimismo, se reivindica un quehacer científico comprometido socialmente con la transformación de las condiciones de vida y las prácticas en salud, y con los procesos de generación de conocimiento.

Para mostrar la compleja recursividad de los fenómenos colectivos de salud/enfermedad, representación y prácticas sociales desde la totalidad social, se elaboran nuevas propuestas de interpretación, entre las que destacan la concepción del fenómeno salud/enfermedad como proceso social e histórico, es decir, *social en sí mismo* (Betancourt et al. 1991; Breilh et. al, 1987, 1994 y 2003; Laurell, 1982 y 1989;) y el abordaje de los saberes, las políticas y prácticas en salud como respuestas sociales organizadas frente a realidades específicas (Donnangelo y Pereira, 1976; García, 1981; García 1982; Tetelboin, 1997; Vergara, 2000; Cohn y Elias, 2001; López y Blanco, 2001).

En un inicio, el carácter social del proceso salud enfermedad, se documenta estudiando la morbilidad-mortalidad de una población en su relación con los procesos históricos y sociales globales, posibilitando la exploración de un conjunto de problemas que desde los abordajes natural-biológicos no parecen relevantes (Laurell y Blanco, 1975). Sin embargo, la tarea de relacionar procesos sociales con perfiles de morbi-mortalidad en poblaciones particulares resulta limitada para explicar la diversidad y complejidad de estos perfiles. Esta insuficiencia explicativa permite que muy rápidamente se plantee la necesidad de construir un nuevo objeto de conocimiento, se abra la discusión sobre la causalidad y la determinación de la salud-enfermedad (s/e), así como de sus formas de abordaje. La perspectiva médico-social

contribuye a mostrar las limitaciones que tienen los abordajes teóricos desde la salud pública dominante que desvincula los procesos de s/e, representación y prácticas de la organización social, naturaliza lo social, individualiza los fenómenos y cuyo proceder metodológico corresponde a las ciencias naturales (Laurell, 1994b).

La medicina social reconoce a la s/e como un continuo, no como estados opuestos, sino como momentos diferenciados del proceso vital humano. Un proceso en constante cambio y que expresa en la corporeidad humana el modo específico de apropiación de la naturaleza bajo una determinada forma de organización social (Breilh y Granda, 1982; Laurell, 1989). Así, se reconoce al proceso s/e como la síntesis de una compleja estructura de determinación, en donde los procesos sociales subordinan a los procesos bio-psíquicos (Breilh, 1991). Es decir, la s/e se expresa en la corporeidad y la psique humana pero sus orígenes –como fenómeno colectivo– se ubican en procesos sociales-históricos. Desde luego, estos procesos no actúan como agentes biológicos-físicos-químicos en la generación de la enfermedad y no tienen especificidad etiológica, ni obedecen a una mecánica de dosis-respuesta (Laurell, 1994b).

En el terreno metodológico se avanza en la identificación de los procesos sociales esenciales; en la definición de criterios para la construcción de los grupos humanos en donde se expresará la dimensión social de la s/e y, en la propuesta de estudiar perfiles de salud, enfermedad y muerte de grupos sociales, más que proponer el abordaje de enfermedades específicas. Se plantean y tratan de responder a dos interrogantes fundamentales: el reconocimiento de los procesos sociales esenciales y la (re)construcción de los grupos humanos cuyos perfiles de salud enfermedad expresen – en concreto – el carácter histórico y social, asumiendo la concepción del hombre como un ser social inmerso siempre en relaciones sociales y marcos culturales.

En el terreno de los saberes, las políticas y las prácticas en salud se exploran las dinámicas socio-históricas que han permitido la institucionalización

de distintas respuestas sociales al proceso salud/enfermedad, cuya diversidad y complejidad hacen visible el campo de los sistemas y prácticas en salud, como un ámbito de conocimiento y acción específico de las ciencias sociales en salud (Cordeiro, 1978; Menéndez, 1978; Fleury, 1985; Bloch, 1986; Testa, 1986; Passos-Nogueira, 1986; Fleury, 1990; Cohn y Elias, 1996) y cuyo objeto general puede definirse como el estudio de las formas y procesos de estructuración, permanencia y cambio de la respuesta social organizada, compuesta por la totalidad de las diversas y contradictorias modalidades de organización social (instituciones en sentido amplio) y sus contenidos: saberes, recursos y tecnologías que, en conjunto, se expresan en prácticas específicas para garantizar el bienestar promoviendo la salud, así como prevenir y enfrentar la enfermedad (Donnangelo y Pereira, 1976). Debe decirse, sin embargo, que el estudio de los macro-procesos basado en teorías sociales para explicar el papel que éstos juegan en la producción de la s/e colectiva explican sólo parcialmente la complejidad de los perfiles de enfermedad y muerte, definiendo sólo las tendencias más generales (Palloni, 1985; Loureiro, 1992).

Esto es así porque estos enfoques dejan de lado las representaciones y las acciones que los sujetos y grupos sociales ponen en marcha para hacer frente a sus desventajas sociales estructurales, mismas que si bien muchas veces son limitadas por su misma vulnerabilidad social, no pueden dejarse de lado en el análisis. Por esto, en años recientes se han propuesto mediaciones entre los procesos macroestructurales y los sujetos reales y explorado sus acciones para comprender mejor las expresiones diversas de los procesos bio-psíquicos humanos (Menéndez, 1990; Mercado, 1993; Mercado 1996; Peña Saint-Martin, 1997; Castro, 2001; Bronfman, 2000).

Por su importancia en la comprensión y transformación de las expresiones del proceso vital humano, algunas de las dimensiones que han adquirido mayor visibilidad en los últimos años, son: las estrategias de vida de los grupos familiares (Tuirán, 1992; Peña Saint-Martin, 1997;

González de la Rocha, 1999); las formas de apropiación y uso del contexto ecológico en zonas rurales (Daltabuit, 1988); los estudios sobre calidad de vida (Blanco et al. 1997a; Blanco et al. 1997b); la investigación de diversos grupos vulnerables: niños, ancianos, discapacitados, mujeres en diferentes situaciones sociodemográficas (víctimas de violencia, jefas de familia, etc.); el impacto de la etnia (Blanco et. al., 1996), de género (Figuerola, 1993; Langer y Tolbert, 1995), de preferencia sexual, sobre todo después de la epidemia del SIDA (Castro, et al., 1998a; Castro et al., 1998b); el papel de las redes sociales (Bronfman, 2000) y los procesos de autoconstitución de los sujetos políticos (Ayres, 2002).

Es necesario subrayar, por otra parte, que desde la perspectiva médico-social no se trata de proponer un modelo interpretativo acabado, inamovible y extrapolable a todo momento, espacio y población. Se trata de una mirada distinta e innovadora ligada a un modo de pensar acerca de la expresión histórica y diferencial de los procesos bio-psíquicos humanos, que permita recuperar sus múltiples dimensiones y reconocer que su producción y expresión social es múltiple y compleja y que se encuentra en movimiento permanente (Granda et al. 1995).

De mediados de los años setentas a la fecha, la importancia del pensamiento latinoamericano en salud ha sido ampliamente reconocida en la región y sus propuestas enseñadas y promovidas entre amplios sectores. En la actualidad, existen grupos de trabajo ya consolidados en Argentina, Brasil, Colombia, Venezuela, Chile, Ecuador y México, y egresados con esta orientación que investigan, diseñan políticas, hacen y evalúan programas y enseñan con este enfoque prácticamente en todos los países de América Latina (Nunes, 1987; Mella, 1991). Asimismo, en varios países entre los que destacan Brasil, Venezuela, Colombia y México, se ha promovido activamente este enfoque y por la originalidad, importancia y repercusiones académicas y prácticas de sus planteamientos, la perspectiva médico-social también ha alimentado las propuestas en salud de gobiernos nacionales y

locales, posibilitando la instrumentación de diversos planteamientos (Cohn, 1992; Torres-Goitia, 1992; Bustelo y Minunjin, 1998; Tájer, 2003; Laurell, 2003).

La experiencia latinoamericana en el campo de la investigación, amalgamando las ciencias sociales con la salud, tiene un desarrollo joven, de apenas tres décadas. En este periodo la relación entre base material y orden simbólico ha hecho que sus propuestas cambien o se particularicen en estrecha relación con las transformaciones relacionadas con la problemática socioeconómica, político-ideológica y las tradiciones culturales e intelectuales de los distintos momentos y contextos de América Latina, así como de países y regiones específicos. Por ejemplo, estando en marcha el modelo de sustitución de importaciones, basado en la industrialización del área, se estudió exhaustivamente la salud en la fábrica a partir del concepto marxista de proceso de trabajo (Possas, 1981; Da Costa, 1981; Laurell y Márquez, 1983; Tambellini, 1987; Laurell y Noriega, 1989), al principio sin considerar las vivencias de los sujetos reales; posteriormente se incorporan metodologías cualitativas, principalmente la encuesta colectiva a grupos focales (Laurell, 1991; Minayo, 1997). Pero, cuando se comenzaron a redefinir las relaciones entre el estado, el mercado y la sociedad a través de la implantación de un modelo económico de corte neoliberal a principios de los ochentas que condujo al diseño de nuevas políticas públicas, en la medicina social latinoamericana hubo un giro hacia las investigaciones que documentaran el impacto que estas políticas tenían en el deterioro de los niveles de vida de la población y sus consecuencias en la precarización de la salud. (Betancourt, et. al., 1991; Laurell, 1997). En Colombia Saúl Franco ha abordado la violencia como problema médico-social, porque la violencia en ese país es un problema endémico que requiere ser abordado desde posturas críticas (Franco, 1999; Franco, 2003), también es prioritario dar cuenta de la transformación de las políticas sociales, principalmente las reformas del sector salud (Fleury, 1985; Fleury Ed. 1992; Laurell Ed. 1992; López y Blanco, 1993; Laurell

Ed. 1994a; Mussot. Ed. 1996, Almeida, 2002a y b) así como de los efectos de la profundización de las desigualdades socioeconómicas y la concentración de la riqueza en pocas manos, ocasionadas por el nuevo modelo económico (Tavares, 1999).

A la fecha, se han realizado diversos balances sobre los aportes del pensamiento latinoamericano al estudio de la salud-enfermedad como proceso social, que, como ya se dijo, ha sido denominada de distintas maneras a pesar de compartir este objeto de estudio: medicina social, salud colectiva, sociología médica, socio-medicina, ciencias sociales y salud, etc. En 1991, en el marco de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social, se elaboró el volumen “Debates en Medicina Social”, con tres trabajos publicados que realizan un balance de esta área del conocimiento en sus tres vertientes principales. El primero, elaborado por Everardo Nunes se refiere a la producción médico social y su influencia en América Latina desde sus orígenes, como práctica pedagógica, práctica teórica y práctica social (Nunes, 1991), habría que señalar que Nunes mismo había realizado un balance previo y otras contribuciones importantes sobre el tema (1986). El segundo, a cargo de Jaime Breilh (1991), se ocupa de repensar el campo a partir de las metodologías empleadas, para lo cual lleva a cabo un análisis exhaustivo de las propuestas teóricas y metodológicas de una gran cantidad de investigaciones producidas, por lo que se trata de una referencia de consulta obligada para los interesados en esta problemática. Breilh mismo, desde su obra inicial “Epidemiología: Economía, medicina y política” (1979) se preocupa por construir el objeto de estudio de la epidemiología crítica y avanzar categorías teóricas y metodológicas para aprehenderlo, tales como reproducción social, relaciones de determinación, perfiles epidemiológicos, que han servido de base a buena parte de la investigación en salud y sociedad. Por último, en esta obra, Laurell (1991) realiza un balance del conocimiento de las propuestas sobre la relación entre el trabajo fabril y la salud, que fue una preocupación central en la medicina social latinoamericana en los setentas y principios de los

ochentas. Se analizan los enfoques teóricos a partir de conceptos tales como proceso de acumulación, proceso de trabajo, proceso de producción, reproducción social; momento productivo y momento reproductivo; el conocimiento generado y la defensa y desarrollo de la salud obrera.

Waitzkin, Iriart, Estrada y Lamadrid (2001) realizan para el público angloparlante una revisión exhaustiva del trabajo realizado por los principales cuerpos académicos de la medicina social en Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Cuba, Ecuador y México, describiendo los énfasis y las aportaciones de cada país; los grupos de trabajo más importantes en cada uno; sus líderes y sus miembros; sus tradiciones de investigación; sus aportes teóricos y metodológicos y las revistas que éstos han impulsado. Así mismo, analizan las diferencias entre esta corriente y la salud pública, resaltan su visión integral salud/enfermedad, así como su causalidad social, las relaciones entre trabajo, la reproducción social y el ambiente, así como el impacto del trauma y la violencia. Dan cuenta de cómo en el nivel teórico esta corriente ha retomado al marxismo y a las recientes corrientes filosóficas europeas. Asimismo, señalan que entre sus preocupaciones fundamentales se encuentran los impactos de las nuevas políticas sociales en la salud de las colectividades. (Waitzkin et al. 2001)

En otro trabajo Iriart, Waitzkin, Breilh, Estrada y Merhy, presentan el contexto de la emergencia del enfoque médico social latinoamericano, sus debates teóricos, metodológicos, los problemas de investigación principales y las dificultades para difundir en el mundo no hispanohablante esta área de conocimiento. Asimismo, hacen un resumen de las razones para la elaboración de un portal virtual <http://www.socialmedicine.org> sobre la disciplina que contiene una base de datos para facilitar la consulta de la producción de los investigadores latinoamericanos a nivel mundial (Iriart et al, 2002).

El último de los balances previos que consideramos necesario mencionar por su importancia es el publicado por el *American Journal of Public Health* en diciembre del 2003.

América Latina comparte una historia, una lengua y una identidad específica frente al resto del mundo, significada también, por una profunda desigualdad social que impacta seria y negativamente la salud de la población mayoritaria, realidad que nos ha acompañado ya por más de quinientos años y frente a la cual se construyó la medicina social. Las contribuciones a este volumen fueron originalmente presentadas en un simposium del congreso organizado por la *American Public Health Association* que tuvo lugar en Filadelfia, EU, en el 2002. El volumen presenta una visión histórica de la corriente y su impacto en el mejoramiento de la salud (Tájer, 2003); una discusión de cómo interactúan la teoría y la práctica cuando esta corriente se sitúa en los marcos del poder político (Laurell, 2003); un ejemplo de la aplicación del conocimiento médico social al campo de la violencia (Franco, 2003) y un análisis bibliohemerográfico de los productos de esta línea de pensamiento (Almeida et al., 2003).

La perspectiva en salud colectiva

Los avances en la construcción del campo de las ciencias sociales y la salud realizados en América Latina en las últimas tres décadas desde la sociología y la antropología, integradas en la perspectiva médico-social, con enfoques que reconocen la multidimensionalidad de la salud, la reflexión crítica de la realidad y la politicidad de su quehacer, se constituyeron en la plataforma conceptual y práctica de la llamada salud colectiva en Brasil (Costa y Ribeiro, 1992), con cuya denominación se pretende superar el énfasis en la enfermedad inherente al concepto de medicina.

Así, la salud colectiva surge del reconocimiento de que los procesos salud/enfermedad/representaciones/respuestas sociales expresan hechos histórico-sociales que atañen a los colectivos humanos y que, por tanto, es necesario explicar la determinación y distribución de estos procesos más allá de su causalidad próxima y del ámbito de la biología (Granda, 2003). Desplaza así la discusión hacia la articulación entre de lo biológico y lo social en un

esfuerzo por fincar su ruptura con los otros modelos de base biológica-natural o epidemiológica-probabilística y construir su propio objeto de estudio. Se plantea superar la perspectiva de que los problemas colectivos de salud se enfrentan como un combate incesante contra la muerte (visión dominante en la medicina) o se reducen a la lucha por el control y/o erradicación de ciertas enfermedades (visión dominante en la salud pública) (Almeida y Paim, 1999).

En este proceso de ruptura y reconstrucción se asume el reto de superar la visión biologicista y determinista impuesta por la medicalización de los enfoques sanitarios prevalentes y la incorporación transdisciplinaria de las perspectivas sociológicas y antropológicas (Paim y Almeida, 1998). Por ello, la salud colectiva asume la necesidad de resolver la antigua polémica entre naturaleza y artificio, la moderna discusión entre historia y naturaleza, biología y sociedad, reflexionando y reconociendo una relación insuficientemente comprendida en el plano epistemológico (DCSC/UAM-X, 2002).

A pesar del considerable avance en la explicación de diversas formas de manifestación de la salud/enfermedad, las representaciones y las respuestas sociales en el ámbito de las colectividades humanas en el marco de sus procesos de reproducción social, no se ha resuelto suficientemente la trama teórico-metodológica que fundamenta su propuesta de abordaje. Esto significa que la salud colectiva debe afrontar retos teóricos y metodológicos no resueltos por otras corrientes de interpretación, entre los que destacan: a) el referido al abordaje de las relaciones entre lo biológico, lo psíquico y lo social, b) los límites e insuficiencias en la teoría social para comprender la relación entre el individuo y la colectividad y c) la delimitación precisa del campo, la construcción particular de su objeto de estudio y las formas de aproximación a ese objeto (Almeida, 2001).

Así, el análisis de los procesos vitales (por ejemplo, concepción, nacimiento, crecimiento, desarrollo, sexualidad, reproducción), incluida la salud/enfermedad, al tener una dimensión material,

que ocurre en los humanos en su expresión orgánica, biológica y social y una dimensión cultural y subjetiva que se refiere a la interpretación y a la forma como se enfrentan y se viven estos procesos desde la subjetividad (individual y colectiva), parte de la comprensión de las dimensiones biológica y social. Desde la comprensión de la relación entre los seres humanos, de éstos con la naturaleza humanizada y de la construcción de los individuos como seres sociales, se ubican los diferentes planos del análisis de la salud colectiva, que como campo de conocimiento, se propone dar explicaciones más amplias sobre la salud, la enfermedad, la atención y los procesos vitales humanos (DCSC/UAM-X, 2002).

El objetivo de la salud colectiva es generar conocimientos y propuestas de solución sobre los problemas de salud de grupos sociales, se subordina, sin desconocerse el nivel individual que sólo permite una acercamiento parcial, para asumir un nivel más inclusivo que permita entender los procesos vitales -incluyendo la s/e- como síntesis de las contradicciones de los grupos humanos insertos en sociedades específicas y se propone contribuir a fortalecer las capacidades para el desarrollo óptimo de los procesos vitales de los grupos humanos.

Salud y sociedad en el momento actual

En la fase de globalización e imposición de un nuevo modelo económico en el área, calificado como neoliberal, que se inicia a principios de la década de los años ochentas, se transita hacia nuevas políticas sociales que conllevan un proceso de privatización de la vida a partir de la desaparición del estado de bienestar, la reconfiguración de las obligaciones del estado con la sociedad y la redefinición del peso del estado frente al mercado. Así, las responsabilidades de los Estados-nación se acotan y redefinen y las instituciones de protección social se desmantelan selectivamente, son desfinanciadas y reorientan su quehacer en la lógica de atención focalizada hacia la población pobre, mientras se privatizan todas las áreas rentables de la economía, incluyendo las de salud. Estas estrategias son impuestas por los organismos supranacionales, como el Fondo

Monetario Internacional y el Banco Mundial, que son los que en este momento definen los megaproyectos económicos y sociales para los países (Laurell y López, 1996; Armada, et al, 2001).

El panorama demográfico y epidemiológico mundial en este periodo se torna más complejo, las poblaciones envejecen y se concentran en ámbitos urbanos; por lo que en América Latina coexisten y se imbrican la “patología de la pobreza” (enfermedades carenciales e infectocontagiosas) con los “padecimientos de la modernidad” (neoplasias, enfermedades del corazón, hipertensión arterial, diabetes, lesiones accidentales e intencionales, psicostornos) y emergen nuevos problemas (Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida –SIDA-, Síndrome de las “Vacaciones Locas”, Síndrome Agudo Respiratorio Severo –SARS-, anorexia y bulimia)

Tres fenómenos fundamentales caracterizan la complejización en salud de Latinoamérica en este momento: la polarización socio-epidemiológica, debida en gran parte a la profundización de las desigualdades sociales dada la concentración de la riqueza en un grupo minoritario, misma que impacta la salud entre países, regiones y grupos; la regresión sanitaria, que se expresa en el repunte de enfermedades anteriormente erradicadas y/o controladas (López y Blanco, 1997) y la emergencia de pandemias como el VIH-SIDA y la violencia, que en la región se combinan con pobreza y un gran número de habitantes sin acceso a servicios de salud.

En la investigación social, en el marco de las economías y las teorías globales, surgen aproximaciones teóricas y metodológicas que rescatan el papel de la acción humana (Bourdieu, 1977; Touraine, 1977; Giddens 1998), así como reflexiones sobre la complejidad y la indeterminación mecánica de los procesos sociales (Morin, 1996). Estas propuestas enriquecen los abordajes tradicionales, los diversifican y los problematizan (Castro 2000). Frente a las crisis recurrentes y los rápidos cambios en este periodo, las estrategias y las acciones de los sujetos reales enfrentándolas dentro de límites restringidos por

su propia situación de vulnerabilidad social, los hace visibles como actores, superándose la etapa de investigación sociológica de procesos sin sujeto y de excesiva determinación económica que en algunos periodos fue la manera dominante en que se investigó también la salud desde la sociedad.

En la coyuntura actual, la subordinación global a los organismos supranacionales, el énfasis en la respuesta individual y la privatización de los servicios y la vida, impactan también sobre las formas de estudio de la salud de las colectividades. Desde los megaproyectos económicos y sociales definidos por estos organismos supranacionales, se entiende el deterioro de la vida actual como un momento transitorio para acceder a un mejor futuro social y económico, siempre y cuando se profundicen los procesos de globalización, de desregulación económica y “libre” mercado. (Banco Mundial, 1990; Banco Mundial, 1993; Banco Mundial, 2003). Frente a estas propuestas, se fortalece la posición de que otro mundo más equitativo y humano es posible y necesario, impulsada por muy distintos actores que comienzan a organizarse en formas diversas y novedosas.

En estos nuevos escenarios la investigación se ha diversificado, se han fortalecido las tendencias hacia las propuestas interdisciplinarias, transdisciplinarias y de multiniveles, que combinan métodos, y también se ha profundizado la división entre los defensores de esta forma de globalización y sus críticos, que ven en la profundización de la polarización social en el mundo y en la exclusión actual de millones de habitantes de los mínimos de bienestar, una injusticia intolerable.

El pensamiento social latinoamericano en salud. Síntesis y conclusión

Las particularidades socio-históricas de Latinoamérica posibilitaron el desarrollo de un pensamiento innovador, crítico y con base social en salud (Cohn, 2003). Reflexionando sobre estas especificidades, surgió la preocupación por desarrollar teorías y metodologías para incorporar al panorama de análisis a la desigualdad social

como eje fundamental de la comprensión de la enfermedad y de la muerte; a la reproducción social e individual en condiciones adversas como elemento esencial en el deterioro de la vida; a las consecuencias en la salud del desgaste obrero; a los efectos negativos de las nuevas políticas sociales, tales como los bajos salarios, la política laboral que produce precarización e inestabilidad laboral, la privatización de los servicios otrora públicos y los recortes a los presupuestos destinados al gasto social; con la consecuente agudización de los problemas de salud de las colectividades debido al deterioro en los niveles de vida.

Esta corriente contribuyó a incorporar a la investigación en salud las metodologías cualitativas (Martínez y Huitrón, 2001; Mercado et al, 2002), antes patrimonio exclusivo de la antropología y rechazadas en otros ámbitos académicos por “poco científicas”; asimismo, incorporó metodologías novedosas, tales como la entrevista colectiva y las diversas aproximaciones que llevaron a la combinación de métodos cualitativos y cuantitativos (Samaja, 1987; Baum, 1995; Castro y Bronfman, 1999; Mercado et al, 2002). La mirada latinoamericana también hizo relevantes las condiciones vulnerables de distintos grupos sociales y su relación con problemas específicos de salud (mujeres, migrantes, niños, ancianos, obreros, campesinos, indígenas, desempleados) visibilizando sus problemas, dando así voz a los sin voz en foros académicos y en contextos políticos autoritarios.

Las premisas de este nuevo pensamiento parten de un compromiso explícito de procuración de equidad en salud que rebasa la perspectiva científicista de otras corrientes y que están basadas en:

1. El reconocimiento de desigualdades sociales, pobreza y crisis de incertidumbre que con modalidades históricas y particularidades regionales, han afectado y afectan a amplios sectores de la sociedad latinoamericana. Estas condiciones han sido inherentes a la región, por lo menos desde su colonización y la han acompañado tanto en el discurso desarrollista concomitante a la

implantación del modelo de sustitución de importaciones, como a partir de las políticas de ajuste macroeconómico y la imposición del modelo *neoliberal*, que ha profundizado la polarización sociosanitaria ya existente, la exclusión de acciones públicas en salud de grandes sectores y el desmantelamiento selectivo de las instituciones de protección social (Navarro Ed. 2002).

2. La politicidad de la ciencias sociales latinoamericanas que prácticamente desde sus orígenes se posicionaron a favor de los sectores desposeídos, por tanto, no neutrales, los que se planteaban la promoción de un cambio social profundo (Briceño y Sonntag, 1999) y que hoy, a pesar de los tiempos políticos luchan por la promoción de una mayor equidad, incluida por supuesto una mayor equidad en salud. Es decir, los discursos contestatarios en salud se reconocían a sí mismos como social y políticamente comprometidos con la transformación de la sociedad y la búsqueda de formas para reducir las desigualdades y favorecer el respeto a la diversidad cultural.

3. El auge en las ciencias sociales latinoamericanas, que desde las teorías dependentistas cuestionaron profundamente el modelo económico y político del *desarrollo*, mostrando claramente que la solución de las necesidades colectivas de atención a la salud, vivienda, educación, alimentación, entre otras, tiene como única alternativa posible la transformación radical de la dependencia económica y política de los países de la región hacia Estados Unidos de Norteamérica, así como la recomposición del poder, que ha estado en manos de las élites nacionales, funcionales a dicha dependencia.

4. La construcción de un pensamiento latinoamericano para estudiar la salud de las colectividades como espacio de confluencia y desarrollo de diversas disciplinas, tales como: la sociología, la economía y la antropología en su vertiente de crítica al indigenismo clásico, que ha contribuido a visibilizar formas de interpretación y prácticas en salud distintas y coexistentes con la

medicina científica dominante, que expresan las articulaciones y las reconfiguraciones de las identidades de los grupos étnicos de América Latina.

5. El cuestionamiento profundo a la medicina preventiva y a la salud pública y su contribución a la ampliación y reconstrucción del campo de conocimiento de las ciencias sociales en relación a dos grandes objetos de estudio: el complejo análisis de los múltiples procesos que se articulan en la expresión de las realidades biológicas-psíquicas humanas, incluida la salud/enfermedad, así como, sus representaciones históricas y culturales y la respuesta social organizada.

6. El desarrollo de la epidemiología crítica que postula una interpretación integral de la producción y distribución de la salud/enfermedad de las colectividades y cuestiona los límites de la causalidad probabilística, la reducción de la realidad a factores y la noción de riesgo como el concepto “explicativo” de la epidemiología convencional (Breilh y Granda 1982, Goldberg, 1990; Almeida, 1990; Breilh, 1994; Almeida, 2000; Breilh, 2003).

7. La necesidad de explicar la realidad en salud latinoamericana desde perspectivas críticas que posibilita el surgimiento de un pensamiento innovador que, cuestionando los conocimientos biomédicos y epidemiológicos, incorpora teorías y metodologías de las ciencias sociales para reconceptualizar a la salud como fenómeno *social en sí mismo*. Con ello, este nuevo pensamiento traspasa las fronteras disciplinarias para construir a la salud de las colectividades como eje analítico de reflexión transdisciplinaria, generando una visión y un discurso innovadores que se adelanta treinta años con respecto a los planteamientos realizados desde la *sociedad del conocimiento* (OCED, 1996), que concluye que el pensamiento nuevo y creativo responde precisamente a ejes problemáticos de corte transdisciplinario.

8. Desde América Latina, el avance de la antropología médica desde los estudios clásicos de *medicina folk* o *tradicional* (que centrándose en el simbolismo y/o las terapéuticas, dejaban de lado tanto a la enfermedad clínica, como a la biología

de los sujetos y su situación de vulnerabilidad social frente a las sociedades nacionales) al estudio del papel de la cultura en diversas manifestaciones de los procesos vitales humanos (Del Vecchio, 1995); y el de la medicina social y/o salud colectiva, que avanzó del determinismo económico a considerar la acción de los sujetos reales y la dimensión de su subjetividad desde la cultura en el estudio de los perfiles de s/e, incorporando metodologías cualitativas de investigación (Castro, 2003), han creado un escenario prometedor para la investigación innovadora en salud en un contexto como el latinoamericano: multicultural, socialmente desigual y económicamente inequitativo, que polariza los procesos epidemiológicos (Inhorn, 1995).

A partir de estas bases, los aportes latinoamericanos al estudio de la salud fueron innovadores también por la forma en que el conocimiento en salud comenzó a ser producido. En efecto, se conformaron espacios y equipos multidisciplinarios que utilizaron herramientas de muy diversas ciencias y tradiciones para abordar la complejidad de este campo, es decir, las miradas latinoamericanas produjeron un conocimiento original tanto en su contenido, como en su mecánica de producción. Parafraseando a Sawyer el estudio de los diferenciales de salud vistos como problemas socialmente producidos *requerían de una interdisciplinariedad orgánica* (citado en Bronfman, 2000:13), misma que se gestó y se consolidó en Latinoamérica

Como señalan Iriart y colaboradores (2002:128) “La medicina social latinoamericana es un campo de conocimientos y práctica muy importante, pero poco conocido por quienes ejercen la medicina y la salud pública, y sobre todo por quienes no pueden acceder a la información escrita en español y portugués”, lo que la deja fuera del alcance del mundo anglosajón. Así, contamos con que las ideas aquí expuestas contribuyan a hacer visibles las importantes propuestas latinoamericanas para el estudio de la salud de las colectividades y su lucha por la equidad en todos los niveles de la vida.

Bibliografía

Almeida, Celia (2002^a) “Equity and health sector reform in Latin America: A necessary debate”, en *Cadernos de Saúde Pública* (Río de Janeiro), Suplemento N° 18.

Almeida, Celia (2002b) “Health system reform and equito in Latin America and the Caribbean: Lessons from the 1980s and 1990s”, en *Cadernos de Saúde Pública* (Río de Janeiro) Vol. 18, N° 4.

Almeida, Naomar, Kawachi, Ichiro, Pellegrini, Alberto y Dachs, Norberto (2003) “Research on Health Inequalities in Latin America and the Caribbean: Bibliometric Analysis (1971-2000) and Descriptive Conten Analysis (1971-1995)”, en *American Journal of Public Health* (Washington) Vol. 93, N° 12.

Almeida, Naomar (2001) “For a general theory of health: Preliminary epistemological and anthropological notes”, en *Cadernos de Saúde Pública* (Río de Janeiro) Vol. 17, N° 4.

Almeida, Naomar (2000) *La ciencia tímida. Ensayos de deconstrucción de la epidemiología* (Argentina: Lugar Editorial/Universidad Nacional de Lanus).

Almeida, Naomar y Paim, Jairnilson (1999) “La crisis de la Salud Pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica”, en *Cuadernos Médico Sociales* (Rosario) N° 75.

Almeida, Naomar, (1990) “O problema do objeto de conhecimento na epidemiologia” en Costa Dina Czeresnia (org.) *Epidemiologia. Teoria e objeto*, (Sao Paulo: Hucitec/ABRASCO).

Armada, Francisco, Muntaner, Carlos, Navarro, Vicente (2001) “Health and social security reforms in Latin America: the convergence of the World Health Organization, the World Bank, and transnational corporations”, en *International Journal of Health Services* (New York) Vol. 31, N° 4.

Arouca, Sergio (1975) *Dilema preventivista: Contribucao para a compreensao e critica da medicina preventiva* (Campinas: Universidade de Campinas).

Ayres, José (2002) “Conceptos y prácticas en salud pública. Algunas reflexiones”, en *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública* (Antioquia) Vol. 20, N° 2.

Banco Mundial (2003) *Informe sobre el Desarrollo Mundial 2004. Servicios para los Pobres* (Washington: Banco Mundial).

Banco Mundial (1993) *Informe sobre el Desarrollo Mundial 1994. Invertir en Salud* (Washington: Banco

Mundial).

Banco Mundial (1990) *Informe sobre el Desarrollo Mundial 1990. La Pobreza* (Washington: Banco Mundial).

Barbosa da Silva, Jarbas, Azevedo-Barros, Marilisa Berti (2002) "Epidemiologia e desigualdade: notas sobre a teoria e a história", en *Revista Panamericana de Salud Pública* (Washington) Vol. 12, N° 6.

Baum, Frances (1995) "Researching public health. Behind the qualitative-quantitative methodological debate", en *Social Sciences and Medicine* (Oxford) Vol. 40, N° 3.

Belmartino, Susana (1994) "La investigación social en salud en un contexto teórico carente de certezas", en Kornblit Ana Lia (comp.) *Ciencias sociales y medicina. La salud en Latinoamérica* (Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires).

Betancourt, Oscar, Breilh, Jaime., Campaña, Arturo y Granda, Edmundo. (1991) *Reproducción social y salud. La lucha por la vida y la salud en la era de las revoluciones conservadoras* (Guadalajara: Universidad de Guadalajara).

Blanco, José, López, Oliva, Rivera, José Alberto (1997a) "Calidad de vida" en Eibenschutz, R (coord.) *Bases para la planeación del desarrollo urbano en la Ciudad de México* Tomo I: Economía y sociedad en la metrópoli (México: Universidad Autónoma Metropolitana/Grupo Editorial Porrúa).

Blanco, José, López, Oliva, Rivera, José Alberto y Rueda, Fabiola (1997b) "Una aproximación a la calidad de vida. Límites conceptuales y metodológicos", en *Estudios de Antropología Biológica* (México) Vol. VIII.

Blanco José y Sáenz, Orlando (1994) *Espacio urbano y salud* (Guadalajara: Universidad de Guadalajara).

Blanco José (1991) "Región y clase social en la determinación de la enfermedad" en Almada Ignacio (coord.) *Salud y crisis en México. Mas textos para el debate* (México: Cuadernos del CIIH/UNAM)

Bloch, Carlos (1986) "Los profesionales de la salud: ampliando el campo de estudio" en Nunes E. (ed.) *Ciencias sociales y salud en América Latina. Tendencias y perspectivas* (Montevideo: OPS/Ciesu).

Bourdieu, Pierre (1977) *Outline of a theory of practice* (Cambridge: University Press Cambridge).

Breilh, Jaime (2003) *Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad* (Buenos Aires: Lugar Editorial/Universidad Nacional de Lanús).

Breilh, Jaime (1994) *Nuevos conceptos y técnicas de investigación. Guía pedagógica para un taller de metodología* (Quito: Centro de Estudios y Asesoría en Salud).

Breilh, Jaime (1991) "La epidemiología (crítica) latinoamericana" en Franco, Saúl, Nunes, Everardo,

Breilh, Jaime y Laurell, Asa Cristina (eds.) *Debates en Medicina Social* Serie Desarrollo de Recursos Humanos en Salud N° 92 (Quito: OPS/ALAMES).

Breilh, Jaime, Granda, Edmundo, Campaña, Arturo. y Betancourt, Oscar (1987) *Ciudad y muerte infantil. Investigación sobre el deterioro de la salud en el capitalismo atrasado* (Quito: Centro de Estudios y Asesoría en Salud).

Breilh, Jaime y Granda, Edmundo (1982) *Investigación de salud en la sociedad* (Quito: Centro de Estudios y Asesoría en Salud).

Breilh, Jaime (1979) *Epidemiología, economía, medicina y política* (México: Fontamara).

Briceño, Roberto y Sonntag, Heinz (1999) "La ciencia social y América Latina: la promesa por cumplir" en Briceño, Roberto y Sonntag, Heinz (eds.) *El legado de la sociología, la promesa de la ciencia social*. (Caracas: Nueva Sociedad).

Bronfman, Mario (2000) *Como se vive se muere. Familia, redes sociales y mortalidad infantil* (Buenos Aires: Lugar Editorial/Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias).

Burlandy, Luciene y Bodstein, Regina. (1998) "Política e saúde coletiva: Reflexão sobre a produção científica (1976-1992)", en *Cadernos de Saúde Pública* (Rio de Janeiro), Vol. 14, N° Bustelo, Eduardo y Minunjin, Alberto (1998) "Política social e igualdad" en Bustelo E y Minunjin, A (eds.) *Todos Entran. Propuesta para sociedades incluyentes* (Bogotá: Santillana).

Cardoso, Fernando Enrique y Faletto, Enzo 1971 (1969) *Dependencia y desarrollo en América Latina* (México: Siglo XXI Editores).

Castellanos, Pedro Luis (1997) "Perfis de mortalidade, nível de desenvolvimento e iniquidades sociais na região das Américas" en Barradas, Rita, Lima, Mauricio, Almeida, Naomar y Peixoto, Renato (orgs.) *Equidade e saúde. Contribuições da epidemiologia* (Rio de Janeiro: Serie Epidemiológica-ABRASCO).

Castro, Roberto (2003) "Ciencias sociales y salud en México: Movimientos fundacionales y desarrollos actuales". *Ciencias & Saúde Coletiva* (Brasil) Vol. 8 No 1: 47-61.

- Castro, Roberto (2001) "Sociología Médica en México: El último cuarto de siglo", en *Revista Mexicana de Sociología* (México) Vol. 63, N° 3: 271-293.
- Castro, Roberto (2000) *La vida en la adversidad. El significado de la salud y la enfermedad en la pobreza* (Cuernavaca: Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias).
- Castro, Roberto y Bronfman, Mario (1999) "Problemas no resueltos en la integración entre métodos cualitativos y cuantitativos en la investigación social en salud" en Bronfman, Mario y Castro, Roberto (coords.) *Salud, cambio social y política. Perspectivas desde América Latina* (México: Edamex).
- Castro, Roberto, Orozco, Emmanuel, Eroza, Enrique, Manca, María Cristina, Hernández, Juan Jacobo y Aggleton, Peter (1998a) "Aids related illness trajectories in Mexico: Results from a qualitative study in two marginalizaed communities", en *Aids Care, Psychological & Socio-Medical Aspectos of AIDS/HIV* (Abingdon) Vol. 10, N° 4.
- Castro, Roberto, Eroza, Enrique, Orozco, Emmanuel, Hernández, Juan Jacobo y Aggleton, Peter (1998b) "Family responses to HIV/AIDS in México", en *Social Sciences and Medicine* (Oxford) Vol. 47, N° 10.
- Cohn, Amelia y Elias, Paulo (2001) "Equidad e reformas na saúde nos anos 90", en *Cadernos de Saúde Pública* (Río de Janeiro) Suplemento N° 18.
- Cohn, Amelia y Elias, Paulo (1996) *Saúde no Brasil. Políticas e organizacao de servicos*. (Sao Paulo: Cortez Editora/CEDEC)
- Cohn, Amelia (1992) "Condicoes políticas, projetos políticos e construação de estratégias em saúde" en *Memorias del V Congreso Latinoamericano de Medicina Social. Proyectos políticos y alternativas de salud en América Latina* (Caracas:Universidad Central de Venezuela, Ed. del Rectorado).
- Cohn, Gabriel (2003) "Renovando os problemas nas Ciencias Sociais" en Goldenberg, Paulete, Marsiglia, Regina y Gomes, Mara Helena (Orgs.) *O Clássico e o Novo. Tendencias, objetos e abordagens em ciencias sociais e saúde* (Rio de Janeiro, FIOCRUZ).
- Cordeiro, Hesio (1978) "Práctica Médica en América Latina" en *Memorias del Instituto de Medicina Social* (Río de Janeiro) Vol. 1, N° 1.
- Costa, N. y Ribeiro, P. (1992) "A producao científica e o campo de saúde coletiva no Brasil" en *Memorias del V Congreso Latinoamericano de Medicina Social. Proyectos políticos y alternativas de salud en América Latina* (Caracas: Universidad Central de Venezuela, Ed. del Rectorado).
- Da Costa, Marcia Regina (1981) *As vítimas do capital. Os acidentados do trabalho* (Río de Janeiro: Achiamé).
- Daltabuit, Magali (1998) "Ecología humana en una comunidad de Morelos" (México: Universidad Nacional Autónoma de México).
- de la Garza, Enrique (2001) *La formación socioeconómica neoliberal. Debates teóricos acerca de la reestructuración de la producción y evidencia empírica para América Latina* (México: Plaza y Valdés/UAM)
- Del Vecchio Good, Mary-Jo (1995) "Cultural studies of biomedicine: An agenda for research", en *Social Sciences and Medicine* (Oxford), Vol. 41, N° 6.
- Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva (DCSC) (2002) *Plan de Estudios. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco* (México).
- Donnangelo, María Cecilia y Pereira, Luis (1976) *Saúde e Sociedade* (Sao Paulo: Editorial Dos Cidades).
- Engels, Federico 1974 (1967) *El papel del trabajo en la transformación del mono en hombre. Sobre el origen del hombre* (Barcelona: Cuadernos Anagrama).
- Figueroa, Juan Guillermo (1993) "El enfoque de género y la representación de la sexualidad", en *Cuadernos de capacitación en investigación sobre planificación familiar. Secretaría de Salud* (México), N° 1.
- Fleury, Sonia (coord.) (1992) *Estado y políticas sociales en América Latina* (México: Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco/FIOCRUZ).
- Fleury, Sonia (1990) "Reflexiones teóricas sobre democracia y reforma sanitaria" en Fleury, Sonia (org.) *La Reforma Sanitaria. En busca de una teoría* (Guadalajara: Universidad de Guadalajara).
- Fleury, Sonia (1985) "Política social e democracia: Reflexoes sobre o legado da seguridade sociais", en *Cadernos de Saúde Pública* (Río de Janeiro) Vol. 1, N° 4.
- Franco, Saúl (2003) "A social-medical approach to Colombian violence", en *American Journal of Public Health* (Washington), Vol. 93 No 12.
- Franco, Saúl (1999) *El quinto: No Matar. Contextos Explicativos de la Violencia en Colombia* (Bogotá: Tercer Mundo).

- Franco, Saúl (1990) *El paludismo en América Latina* (Guadalajara: Universidad de Guadalajara).
- García Juan César (1984) “Juan César García entrevista a Juan César García” en Nunes, Everardo (ed.) *Ciencias sociales y salud en América Latina. Tendencias y perspectivas* (Montevideo: OPS/CIESU).
- García, Juan César (1982) “Crecimiento y transformación de la medicina estatal”, en *Revista Latinoamericana de Salud* (México), N° 2.
- García, Juan César (1981) “La medicina estatal en América Latina (1880-1931)”, en *Revista Latinoamericana de Salud* (México), N° 1
- García, Juan César (1972) *La educación médica en la América Latina* (Washington: Organización Panamericana de la Salud).
- Giddens, A. (1998) 1984 *La constitución de la sociedad. Bases para la teoría de la estructuración* (Buenos Aires: Amorrortu Editores).
- Goldberg, Marcel (1990) “Este oscuro objeto de epidemiología” en Costa, D. (org.) *Epidemiología. Teoría e objeto* (Sao Paulo: Hucitec/ABRASCO).
- González de la Rocha, Mercedes. (1999) “A manera de introducción: Cambio social, transformación de la familia y divergencias del modelo tradicional” en: González de la Rocha, Mercedes (ed.) *Divergencias del modelo tradicional Hogares de jefatura femenina en América Latina* (México: CIESAS/Plaza y Valdés).
- Granda, Edmundo (2003) “¿A qué cosa llamamos salud colectiva, hoy?” Ponencia presentada en el VII Congreso Brasileño de Salud Colectiva (Brasilia).
- Granda, Edmundo (2000) “Formación de salubristas: Algunas reflexiones” en *La salud colectiva a las puertas del siglo XXI* (Medellín: Universidad Nacional de Colombia/Universidad de Antioquia).
- Granda, Edmundo y Artunduaga, Luz, Castillo, Humberto, Herdoíza, Amira, Merino, Cristina y Tamayo, Cecilia (1995) “Salud pública: Hacia la ampliación de la razón” en Mercado, Franciso y Robles, Leticia (eds.) *La medicina al final del milenio. Realidades y proyectos en la sociedad occidental* (Guadalajara: Universidad de Guadalajara).
- Inhorn, Marcia (1995) “Medical anthropology and epidemiology: Divergences or convergences”, en *Social Sciences and Medicine* (Oxford), Vol. 40, N° 3.
- Iriart, Celia, Waitzkin, Howard, Breilh, Jaime, Estrada, Alfredo y Merhy, Emerson (2002) “Medicina Social latinoamericana: aportes y desafíos”, en *Revista Panamericana de Salud Pública* (Washington), Vol. 12, N° 2.
- Jarillo, Edgar, López, Oliva y Mendoza, Juan Manuel (2004) “La formación de recursos humanos en salud pública en México” en Vásquez D. (ed.) *Informe sobre la situación de los recursos humanos en salud* (México: OPS/Procorhus).
- Juanes, Jorge (1980). *Historia y naturaleza en Marx y el marxismo* (Culiacán: Universidad Autónoma de Sinaloa).
- Langer, Ana y Tolbert, Kathy (eds.) (1995) *La salud de la mujer en México* (México: The Population Council).
- Laurell, Asa Cristina (2003) “What does Latin American Social Medicine do when it governs?”, en *American Journal of Public Health* (Washington) N° 93.
- Laurell, Asa Cristina (1997) “Impacto das políticas sociais e econômicas nos perfis epidemiológicos” en Barradas, Rita, Lima, Mauricio, Almeida, Naomar y Peixoto, Renato (orgs.) *Equidade e saúde. Contribuições da epidemiologia* (Rio de Janeiro: ABRASCO, Serie Epidemiológica).
- Laurell, Asa Cristina y López, Oliva (1996) “Market commodities and poverty relief. The World Bank Proposal for health”, en *International Journal of Health Services* (Nueva York) Vol. 26, N° 1.
- Laurell, Asa Cristina (1995) *La reforma de los sistemas de salud y de seguridad social. Concepciones y propuestas de los distintos actores sociales* (México: Fundación Friedrich Ebert).
- Laurell, Asa Cristina (coord.) (1994a) *Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud* (México: Fundación Friedrich Ebert/UAM-X)
- Laurell, Asa Cristina (1994b) “Sobre la concepción biológica y social del proceso salud-enfermedad” en Rodríguez, María Isabel (coord.) *Lo biológico y lo social* Serie Desarrollo de Recursos Humanos N° 101 (Washington, OPS/OMS).
- Laurell, Asa Cristina (coord.) (1992) *Estado y políticas sociales en el neoliberalismo* (. México: Fundación Friedrich Ebert/UAM-X).
- Laurell, Asa Cristina (1991) “Trabajo y Salud: Estado del Conocimiento”, en Franco, Saúl, Nunes, Everardo, Breilh, Jaime, Laurell, Asa Cristina (eds.) *Debates en Medicina Social* Serie Desarrollo de Recursos Humanos N° 92 (Quito: OPS/ALAMES).
- Laurell, Asa Cristina y Noriega, Mariano (1989) *La salud en la fábrica. Estudio sobre la industria siderúrgica en México* (México: Ediciones Era).
- Laurell, Asa Cristina (1989) “Para el estudio de la salud en su relación con el proceso de producción” en Laurell, Asa Cristina y Noriega, Mariano (1989) *La*

salud en la fábrica. Estudio sobre la industria siderúrgica en México (México: Ediciones Era).

Laurell, Asa Cristina y Márquez, Margarita (1983) *El desgaste obrero en México. Proceso de producción y salud* (México: Editorial Era).

Laurell, Asa Cristina (1982) “La salud-enfermedad como proceso social”, en *Revista Latinoamericana de Salud* (México) N° 2.

Laurell, Asa Cristina y Blanco, José (1975) “Morbilidad, ambiente y organización social. Un modelo teórico para el análisis de la enfermedad en el medio rural”, en *Revista Salud Pública de México* (Cuernavaca) Vol. 17, N° 4.

Laurell, Asa Cristina y López, Oliva (2002) “Market commodities and poverty relief. The World Bank Proposal for health” en Navarro, Vicente (coord.) *The political economy of social inequalities. Consequences for health and quality of life* (Nueva York: Baywood Publishing Company Inc.).

Leavell, Hugh Rodman y Clark, Edwin Gurney (1965) *Preventive Medicine for the Doctor in his Community, an epidemiological approach* (New York: Blakiston Division, McGraw-Hill).

López, Daniel (1984) *La salud desigual en México* (México: Siglo XXI Editores).

López, Oliva y Blanco, José (2003) “La contribución médico-social al campo de la salud pública. Aportes y nuevos retos”, en *Revista Higiene* (México) Número especial: Epistemología y reflexiones teóricas en salud pública Vol.1.

López, Oliva y Blanco, José (2001) “La polarización de la política de salud en México”, en *Cadernos de Saúde Pública* (Rio de Janeiro) Vol.17, N° 1.

López, Oliva y Blanco, José (1997) “Los retos en salud para el fin de siglo” en: Gutiérrez, E. (coord.) *El Debate Nacional. Libro 5. La política social* (México: Editorial Diana)

López, Oliva (1994) “La selectividad en la política de salud” en Laurell, Asa Cristina (coord.) *Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud* (México: Fundación Friedrich Ebert/UAM-X).

López, Oliva y Blanco, José (1994) “Modelos sociomédicos en Salud Pública. Coincidencias y desencuentros”, en *Revista Salud Pública de México* (México) Vol. 36, N° 4.

López, Oliva y Blanco, José (1993) *La modernización neoliberal en salud. México en los ochenta* (México: UAM).

Loureiro, Sebastián (1992) “Crise, medidas de ajuste e o seu impacto na saúde” en *Memorias del V*

Congreso Latinoamericano de Medicina Social. Proyectos políticos y alternativas de salud en América Latina (Caracas: Universidad Central de Venezuela, Ed. del Rectorado).

MacMahon, Brian y Pugh, Thomas (1965) *Principios y métodos de epidemiología* (México: La Prensa Médica Mexicana).

Martínez, José y Huitrón, Gabriel (comp.) (2001) *Salud y sociedad. Sus métodos cualitativos de investigación* (Toluca: Universidad Autónoma del Estado de México).

Marx, Karl (1978) *El Capital. El proceso de producción del capital* Vol. 1, Tomo I (México: Siglo XXI editores).

Mella, César (1991) “Universidad y Salud” en *Memorias del V Congreso Latinoamericano de Medicina Social. Proyectos políticos y alternativas de salud en América Latina* (Caracas: Universidad Central de Venezuela, Ed. del Rectorado).

Menéndez, Eduardo (1990) “Antropología médica en América latina una historia que recomienza”. En E. Menéndez: *Antropología Médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones* (México: CIESAS Cuadernos de la Casa Chata N° 179, pp. 5-24).

Menéndez, Eduardo (1978) “El modelo médico y la salud de los trabajadores. Prólogo” en Basaglia, Franco, Giovannini, Elio, Miniati, Silvano, Pintor, Luigi, Pirella, Agostino. (eds) *La salud de los trabajadores* (México: Ed. Nueva Imagen).

Mercado, Francisco, Gastaldo, D y Calderón, C (2002) *Investigación cualitativa en salud en América Latina. Métodos, análisis y ética* (Guadalajara: Universidad de Guadalajara-Universidad Autónoma de San Luis Potosí-Universidad Autónoma de Nuevo León)

Mercado, Francisco (1996) *Entre el infierno y la gloria. La experiencia de la enfermedad crónica en un barrio urbano* (Guadalajara: Serie Medicina Social Universidad de Guadalajara)

Mercado Francisco (Coord.) (1993) *Familia, salud y sociedad. Experiencias de investigación en México* Col. Fin del Milenio, Serie Medicina Social (Guadalajara: Universidad de Guadalajara/CIESAS/INSP/Colegio de Sonora)

Minayo, María Cecilia (1997) *El desafío del conocimiento. Investigación cualitativa en salud* (Buenos Aires: Lugar Editorial).

Morin, Edgar, (1996) *Introducción al pensamiento complejo* (Barcelona: Editorial Gedisa).

- Mussot, Luisa (ed.) (1996) *Alternativas de reforma de la seguridad social* (México: Fundación Friedrich Ebert/UAM-X).
- Navarro, Vicente (ed.) (2002) *The political economy of social inequalities. Consequences for health and quality of life* (New York: Baywood Publishing Company Inc.).
- Navarro, Vicente (1976) *Medicine Under Capitalism* (New York: PRODIST).
- Nunes, Everardo (ed.) (1986) *Ciencias sociales y salud en América Latina. Tendencias y perspectivas* (Montevideo: OPS/Ciesu).
- Nunes, Everardo (2003) "Ciencias sociais em saúde: um panorama general" en Goldenberg, Paulete, Marsiglia, Regina y Gomes, Mara Helena (orgs.) *O Clássico e o Novo. Tendencias, objetos e abordagens em ciencias sociais e saúde* (Rio de Janeiro FIOCRUZ)
- Nunes, Everardo (1991) "Medicina social como práctica pedagógica" en Franco, Saúl, Nunes, Everardo, Breilh, Jaime y Laurell, Asa Cristina. (eds.) *Debates en Medicina Social Serie Desarrollo de Recursos Humanos N° 92* (Quito: OPS/ALAMES).
- Nunes, Everardo (1987) "The social sciences in the health field in Brazil: Notes for its history", en *Educación Médica y Salud* (Washington) Vol. 21, N° 2.
- Organisation for Economic Co-Operation and Development (1996) "The Knowledge-Based Economy", en *General Distribution* (París), OCDE N° 102.
- Organización Panamericana de la Salud (1984) *La Salud en las Américas* (Washington:OPS)
- Paim, Jairnilson y Almeida, Naomar (1998) "Collective health: A "new publica health" or field open to new paradigms?", en *Revista de Saúde Pública* (Sao Paulo), Vol. 32, N° 4.
- Palloni Alberto (1985) "Health conditions in Latin America and policies for mortality change" en. Vallin, Jaques y López Alan (eds.) *Health Policy, Social Policy and Mortality Prospects* (Liege: Ordina Editions).
- Parsons, Talcott (1951) "Social structure and dynamic process: The case of modern medical practice" en Talcott Parsons *The social system* (Glencoe, Illinois: Free Press).
- Passos-Nogueira Roberto (1986) "Personal de salud: Discusión teórica y producción científica sobre el tema" en Nunes, Everardo (ed.) *Ciencias sociales y salud en América Latina. Tendencias y perspectivas* (Montevideo: OPS/Ciesu).
- Peña Saint-Martin, Florencia (1997) "Algunos retos teóricos de la antropología física en el fin del milenio" en Ramos, Rosa María y Peña, María Eugenia (eds.) *Estudios de Antropología Biológica* (México) Vol.VIII.
- Peña Saint-Martin, Florencia (1982). "Hacia la construcción de un marco teórico para la antropología física" en *Estudios de Antropología Biológica* (México) Vol. I.
- Possas, Cristina (1981) *Saúde e Trabalho* (Rio de Janeiro: Graal).
- Samaja, Juan (1987) *Introducción a la epistemología dialéctica* (Buenos Aires: Lugar Editorial)
- Tájer, Débora (2003) "Latin American Social Medicine: Roots, Development during the 1990's and current challenges", en *American Journal of Public Health* (Washington), Vol. 93, N° 12.
- Tambellini, Ana María (1987) "Contribucáo para o Debate: Estudo da Saúde em sua Relacao com Processo de Producao", en *Memorias del Taller Latinoamericano de Medicina Social* (Medellín: ALAMES)
- Tavares, Laura (1999) *Ajuste neoliberal e Desajuste Social na América Latina* (Río de Janeiro: Universidad Estatal de Río de Janeiro)
- Testa, Mario (1986) "Planificación en salud: las determinaciones sociales" en Nunes, Everardo (ed.) (1986) *Ciencias sociales y salud en América Latina. Tendencias y perspectivas* (Montevideo: OPS/Ciesu).
- Tetelboin, Carolina (1997) "Problemas en la conceptualización de la práctica médica", en *Estudios en Antropología Biológica* (México), Vol. VIII.
- Timio, Mario 1979 (1976) *Clases sociales y enfermedad. Introducción a una epidemiología diferencial* (México: Editorial Nueva Imagen).
- Torres-Goitia, Javier. (1992) "Condiciones políticas, proyectos políticos y construcción de estrategias en salud" en *Memorias del V Congreso Latinoamericano de Medicina Social. Proyectos políticos y alternativas de salud en América Latina* (Caracas: Universidad Central de Venezuela, Ed. del Rectorado).
- Touraine, Alain (1977) *The self production of society* (Chicago: University of Chicago Press).
- Trigger, Bruce (1974) "Frederick Engels, precursor de la teoría antropológica contemporánea" en Trigger, Bruce (ed.) *Sobre el origen del hombre* (Barcelona: Cuadernos Amagrama)
- Tuirán, Rodolfo (1992) "Los hogares frente a la crisis: Ciudad de México, 1985-1988" en *La Zona Metropolitana de la Ciudad de México: Problemática actual y perspectivas demográficas y ubanas* (México: Consejo Nacional de Población).

Vergara, Carlos (2000) “El contexto de las reformas del sector salud”, en *Revista Panamericana de Salud Pública* (Washington) Vol. 8, N° 1/2.

Waitzkin Howard y Waterman B. (1981) *La explotación de la enfermedad en la sociedad capitalista* (México: Nueva Imagen).

Waitzkin, Howard, Iriart, Celia, Estrada, Alfredo y Lamadrid, Silvia (2001) “Social medicine in Latin America: productivity and dangers facing the major national groups”, en *The Lancet* (London), N° 358.

México, D.F.

Oliva López Arellano <oli@correo.xoc.uam.mx>
Florencia Peña Saint Martin <doniaflor@yahoo.com>

