

Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos

Celia Iriart ^{*}, Howard Waitzkin ^{*}, Jaime Breilh ^{**}, Alfredo Estrada ^{***}, Emerson Elías Merhy

Resumen

La medicina social latinoamericana es un campo de conocimiento y práctica muy importante que permanece escasamente conocido por quienes se desempeñan en el ámbito de la medicina y de la salud pública. Esto ocurre en mayor medida entre quienes no pueden acceder a la información escrita en español y portugués. Con el objetivo de difundir este campo de conocimiento y práctica hemos desarrollado una investigación que incluye la revisión de la producción científica de la medicina social (publicada y no publicada) en un período que abarca desde la década del setenta hasta la actualidad, y la realización de entrevistas a líderes y participantes activos de la medicina social. Actualmente estamos desarrollando un sitio en el Web y una base de datos en la University of New Mexico – UNM (Universidad de Nuevo México) en los Estados Unidos, para colocar resúmenes estructurados en inglés, español y portugués de libros, capítulos de libros y artículos. Asimismo, planificamos publicar *on line* tres revistas de la medicina social latinoamericana. Este artículo presenta el contexto de surgimiento de la medicina social, las diferencias entre la medicina social y la salud

^{*} Division of Community Medicine, Department of Family and Community Medicine, School of Medicine, The University of New Mexico, 2400 Tucker Av. NE, Albuquerque, NM 87131, USA. Correspondencia por e-mail a Celia Iriart: iriart@unm.edu

^{**} Programa EcoSalud, Centro de Estudios y Asesoría en Salud (CEAS), Quito, Ecuador.

^{***} Grupo de Investigación y Capacitación en Medicina Social (GICAMS), Santiago, Chile.

^{****} Departamento de Medicina Preventiva y Social, Facultad de Medicina, Universidad de Campinas, Campinas, São Paulo, Brasil.

pública, las teorías, métodos y debates, los principales temas o problemas considerados, y los desafíos que supone su difusión entre los angloparlantes y profesionales del campo de la medicina y la salud pública.

Introducción

La medicina social latinoamericana es un campo de conocimiento y práctica muy importante que permanece escasamente conocido por quienes se desempeñan en el ámbito de la medicina y de la salud pública. Esto ocurre en mayor medida entre quienes no pueden acceder a la información escrita en español y portugués. Por este motivo hemos desarrollado una investigación sobre este campo científico, que incluye la revisión de 350 artículos, libros, capítulos, trabajos presentados en congresos, e informes de investigación (publicados y no publicados), escritos en español y portugués, en un período que abarca desde la década del setenta hasta la actualidad, y la realización de 24 entrevistas en profundidad y 10 entrevistas informales con líderes y participantes activos de la medicina social. Actualmente estamos desarrollando un sitio en el Web (<http://hsc.unm.edu/lasm>) y una base de datos en la University of New Mexico – UNM (Universidad de Nuevo México) de los Estados Unidos, para colocar resúmenes estructurados en inglés, español y portugués de libros, capítulos de libros y artículos, y publicar *on line* tres revistas de la medicina social latinoamericana.

Este artículo presenta el contexto de surgimiento de la medicina social, las diferencias entre la medicina social y la salud pública, las teorías, métodos y debates, los principales temas o problemas considerados, y los desafíos que supone su difusión entre los angloparlantes y profesionales del campo de la medicina y la salud pública.

Dos artículos fueron publicados en inglés. El primero en *The Lancet* presenta un revisión crítica del trabajo desarrollado por los principales grupos de la medicina social en Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Cuba, Ecuador y México (1). Otro publicado en *American Journal of Public Health* describe la historia del campo, los debates, los abordajes teóricos, metodológicos y técnicos, así como los principales temas (2). La gran repercusión de estos dos artículos y la solicitud por parte de médicos y profesionales de la salud pública de Latinoamérica de contar con este tipo de artículos en español, nos mostró la importancia de difundir también la medicina social entre los hispanoparlantes.

En el texto usaremos el nombre de medicina social adoptado en la mayoría de los países latinoamericanos. Sin embargo, es oportuno aclarar que en Brasil la corriente asume el nombre de salud colectiva porque el movimiento sanitario que emergió en ese país consideró importante destacar que sus análisis del conjunto de las prácticas y organizaciones de salud, incluida la práctica médica, se descentra de la enfermedad y su tratamiento, y del acto médico como eje central del proceso salud / enfermedad / atención. Asimismo, consideraron que había que resaltar la noción de que es un proceso construido colectivamente, tanto en la forma que adquiere en cada sociedad y momento histórico, como en las posibilidades de su transformación (3, 4).

Contexto de surgimiento

La medicina social latinoamericana se desarrolla por la emergencia de grupos de académicos, practicantes e investigadores del campo de la salud que se unieron a los movimientos de trabajadores, de estudiantes y de organizaciones populares

disconformes con el modelo económico denominado desarrollista, que se implementó con intensidad en la década del sesenta en América Latina. En su campo específico, los grupos ligados a la medicina social, desarrollaron sus cuestionamientos en respuesta a la crisis de la salud pública, que se pone en evidencia a fines de la década del sesenta. La salud pública también denominada desarrollista, que había sostenido que los efectos del crecimiento económico deberían llevar a un mejoramiento general de la salud mostró sus limitaciones. Contrariamente a sus postulados, la observación de la realidad latinoamericana mostró un creciente deterioro de la salud pública, a pesar de que las economías latinoamericanas habían tenido un alto y sostenido crecimiento en las décadas anteriores. Los indicadores de salud mostraron que la mortalidad infantil, entre otros indicadores, comenzaron a empeorar después de un período de cierta mejoría. En la mayoría de los países latinoamericanos, la mejoría de estos indicadores fue consecuencia de las transformaciones en las condiciones de vida y trabajo implementadas por las modalidades latinoamericanas del estado de bienestar, que precedieron a las propuestas económicas desarrollistas. El estado de bienestar amplió los derechos de los trabajadores y de los sectores sociales de menores ingresos, lo que implicó una distribución más equitativa del ingreso vía salarios, y el acceso a la educación y salud financiado a través del estado por los impuestos o por la seguridad social. El desarrollo de programa preventivos y de los sistemas de salud financiados por fondos públicos aumentaron el acceso de la población al tratamiento de diferentes enfermedades y facilitaron, al ser parte del un proceso redistributivo de la riqueza, la mejoría de los indicadores de salud.

Con el desarrollismo se revierte esta tendencia redistributiva de la riqueza. Mientras se observaba el crecimiento de los indicadores macroeconómicos en la mayoría de los países latinoamericanos, los indicadores sociales, salud entre ellos, se deterioraban (5-7). Hacia fines de los sesenta, transformaciones en la producción y en las condiciones de vida y trabajo implicaron un crecimiento de las enfermedades crónicas, degenerativas y accidentes de trabajo. Fue el comienzo de la coexistencia de patologías de la pobreza y de la riqueza. Las grandes desigualdades ante la enfermedad y la muerte fueron crecientemente visibles. Las relaciones entre clase social y problemas de salud se hicieron evidentes, así como las inequidades en el acceso a los servicios de salud. La capacidad de la medicina de diagnosticar y tratar enfermedades creció notablemente, pero el acceso de la población a estos avances fue muy diferencial. Los gastos en salud crecieron, pero sus efectos en las condiciones de salud fueron muy limitados. Esta situación mostró que más y mejores servicios no están relacionados con el mejoramiento de las condiciones de salud de la población, en especial, cuando el acceso a estos avances es muy diferencial (8-10).

En los años setenta se producen un notable crecimiento de esta corriente de pensamiento con el desarrollo de numerosos centros de investigación y docencia, y la aparición de revistas orientadas a publicar artículos de los autores más relevantes del campo. Juan César García fue un importante impulsor de este crecimiento. Como coordinador de investigaciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en Washington -este médico argentino, formado en sociología en Chile- desarrolló, desde 1966 hasta su muerte en 1984, importantes investigaciones y análisis sobre la

educación médica, las ciencias sociales en medicina, los determinantes de clase social en los resultados de salud-enfermedad, y las bases ideológicas de la discriminación contra los latinos (11-13). García, junto a María Isabel Rodríguez -médica salvadoreña que vivió largos años en el exilio luego de servir como decana de la Facultad de Medicina de la Universidad del Salvador- y Miguel Márquez -médico ecuatoriano- ambos también funcionarios de la OPS, dieron impulso a la medicina social latinoamericana no solo con sus trabajos, sino a través de lograr el apoyo financiero de ese organismo para el desarrollo de investigaciones, reuniones científicas y organizativas de la corriente, publicaciones de libros y otorgamiento de becas de formación. Las reuniones denominadas Cuenca I y II, realizadas en Ecuador y coordinadas por Márquez, marcaron el rumbo del movimiento de la medicina social. El apoyo financiero de la OPS fue importante en el establecimiento y consolidación de uno de los primeros programas de posgrado en desarrollarse con esta perspectiva, la Maestría de Medicina Social de la Universidad Autónoma Metropolitana - Xochimilco de la Ciudad de México.

Cabe resaltar asimismo que en el proceso de afianzamiento y difusión de esta corriente de pensamiento tuvieron también destacada participación organizaciones no gubernamentales como el Centro de Estudios y Asesoramiento en Salud (CEAS) de Ecuador, el Grupo de Investigación y Capacitación en Medicina Social (GICAMS) de Chile y el Centro de Estudios Sanitarios y Sociales (CESS) de Argentina, entre otros. El CEAS continúa cumpliendo un papel fundamental en la difusión de la corriente, a través de un esfuerzo editorial sostenido, por el cual ha publicado numerosos libros de los

más importantes pensadores de la medicina social. GICAMS, por su parte, publicó por muchos años una importante revista, Salud y Cambio. El CESS publica desde hace 25 años una revista que reúne artículos de importantes trabajos de la medicina social. Estas organizaciones capacitan profesionales y trabajadores de salud, y participan activamente en el desarrollo de importantes investigaciones. En Brasil, Colombia, Venezuela y Cuba los cursos de formación, maestrías y doctorados, se han realizado principalmente desde universidades públicas lo que ha permitido que la formación en medicina social se haya extendido considerablemente y que los profesionales así formados estén insertos en distintos niveles del sistema sanitario. La producción científica brasilera es, en la actualidad, una de las más importantes e innovadoras de Latinoamérica. En Brasil el esfuerzo de difusión a través de revistas científicas y libros es muy importante y se realiza desde ámbitos universitarios, organizaciones gubernamentales y no gubernamentales (tales como la Associação Brasileira de Saúde Coletiva- ABRASCO, Centro Brasileiro de Estudos em Saúde - CEBES). La cooperación entre diferentes organizaciones latinoamericanas permitió crear una red de intercambio y apoyo que posibilitó a muchos profesionales de la salud consolidar su formación, intercambiar experiencias con colegas de otros países, y actuar como multiplicadores de este pensamiento. En los últimos años se han desarrollado numerosas investigaciones colaborativas entre diversos países latinoamericanos, e incluso con los Estados Unidos.

Abordajes teórico-metodológicos: diferencias con la salud pública

La medicina social latinoamericana se ha desarrollado dentro de un amplio y rico espectro de posiciones teóricas y metodológicas. Intensos debates sobre teorías, métodos y estrategias de cambio se han llevado a cabo desde el origen de esta corriente y continúan, lo que demuestra la vitalidad de este campo de pensamiento y práctica (14). Los debates metodológicos toman en consideración el contraste entre los modelos empírico-funcionalistas e histórico-analíticos, y entre abordajes macro y micro políticos, así como el balance entre metodologías de investigación cualitativas y cuantitativas, y lo individual, lo grupal y lo colectivo como unidades de análisis (15-17).

El abordaje teórico-metodológico de los colectivos que estudia la medicina social le confiere a su praxis una característica muy diferencial en relación a la salud pública. Esta considera como unidad de análisis a la población, a la que define como una suma de individuos que pueden ser clasificados en grupos, según ciertas características (sexo, edad, educación, ingreso, raza/etnia). A manera de ejemplo podemos señalar que en la epidemiología clásica los porcentajes para una población específica son calculados aritméticamente a partir de las características individuales de quienes componen ese grupo poblacional. Tales características fueron seleccionadas a priori por el investigador para definir el grupo analizado. En contraste los trabajos de la medicina social consideran a la población y a las instituciones sociales, como totalidades cuyas características trascienden las de los individuos que la componen (15 -20). La medicina social, por lo tanto, define los problemas y desarrolla sus investigaciones a través de unidades de análisis sociales e individuales, pero con un

encuadre teórico-metodológico colectivo. Es decir, las especificidades individuales y grupales son analizadas en el contexto social que las determinan. En este sentido, las principales categorías analíticas son clase social, producción económica, reproducción, cultura, género, entre otras (21). A partir de estas categorías las especificidades individuales, tales como sexo, edad, educación, ingreso y raza-etnia, encuentran su determinación explicativa. Por ejemplo, si no se explicitan las características económicas, sociales, políticas e ideológicas específicas que, en una determinada sociedad y tiempo histórico, definen el ser mujer u hombre en relación al problema en estudio, se están desconociendo los determinantes que subyacen a la clasificación por sexo (22). Lo destacable es que la definición del colectivo no se realiza a priori, sino que está ligada al problema que se pretende analizar. Lo anterior implica dar centralidad y hacer explícita la teoría en todo el proceso de investigación o de intervención en torno a un problema. Desde la medicina social se argumenta que la falta de explicitación de los supuestos teóricos en la medicina y salud pública norteamericanas no significa ausencia de teoría. Por el contrario, una postura ateórica o antiteórica significa que la teoría fundamental está implícita y que muchas veces los propios investigadores la desconocen (23, 24).

En lo referido al nivel de la relación teoría y práctica, desde la perspectiva de la medicina social se usa el concepto de praxis, entendida como la interrelación entre pensamiento y acción. En este sentido, líderes de la medicina social, influenciados por el pensamiento de Gramsci, enfatizan el doble camino de la teoría que aporta a los esfuerzos tendientes al cambio social pero nutriéndose, a la vez, de estos esfuerzos

(25). A menudo, las actividades de investigación se desarrollan en conjunto con sindicatos, grupos de mujeres, coaliciones indígenas y organizaciones comunitarias (26).

Otras diferencias entre medicina social y salud pública están dadas por el carácter estático vs dinámico de la salud-enfermedad y el efecto del contexto social. La medicina social conceptualiza la salud-enfermedad como un proceso dialéctico y no como una categoría dicotómica. La epidemiología crítica estudia el proceso salud-enfermedad en el contexto social, considerando los efectos de los cambios en la condiciones sociales a través del tiempo. El perfil epidemiológico de un colectivo social o institucional en una determinada sociedad requiere un análisis de múltiples niveles para comprender por qué y cómo las condiciones sociales, tales como producción económica, reproducción, cultura, marginalización y participación política, afectan la dinámica del proceso salud-enfermedad (15, 27, 28). Desde esta perspectiva teórica, los modelos multivariados en salud pública (tales como los recientes modelos de regresión logística con la enfermedad como una variable dependiente, dicotomizada según presencia o ausencia) oscurecen la dialéctica del proceso salud-enfermedad (17, 19).

La teoría de la salud-enfermedad como un proceso dialéctico ha generado críticas a los abordajes tradicionales basados en la inferencia causal en medicina y salud pública (8, 15, 19). En un nivel básico, los pensadores de la medicina social han criticado el modelo monocausal de explicación de la enfermedad. Con una perspectiva similar a la desarrollada por la medicina social europea del siglo XIX, los investigadores

latinoamericanos mantienen la perspectiva de que explicaciones simplistas por las cuales un agente específico es la causa necesaria y suficiente para producir una enfermedad, no considera adecuadamente las condiciones sociales que son determinantes para el desarrollo de la enfermedad (29, 30). Incluso los modelos multicausales, como los ecológicos, que consideran la interacción entre agente, hésped y ambiente, definen la enfermedad en una manera relativamente estática. Críticas desde el punto de vista de la medicina social han argumentado que por dicotomizar la presencia o ausencia de una enfermedad, los modelos multicausales tradicionales no consideran adecuadamente los vínculos dinámicos por las cuales las condiciones sociales afectan la dialéctica del proceso salud-enfermedad. Estos análisis han sugerido un abordaje más complejo de la causalidad, en el cual las condiciones sociales e históricas son consideradas determinantes estructurales, es decir, que preexisten al problema analizado y su comprensión permite especificar las dimensiones del mismo. Los determinantes sociales e históricos no son variables cuya única diferencia es el peso que el investigador les atribuyen en la cadena causal.

Anticipando tendencias metodológicas actuales en Estados Unidos, líderes en la medicina social latinoamericana, desde mediados de los años setenta han abogado por un abordaje multimetodológico que “triangula” complementariamente métodos de análisis del nivel individual y social. Aún en las investigaciones iniciales los investigadores mexicanos y ecuatorianos combinaron métodos y técnicas de recolección de información cuantitativos y análisis multivariable, con métodos

cualitativos. Una de estas técnicas que ha mostrado capacidad para incrementar la calidad y cantidad de la información obtenida es la entrevista colectiva (18).

Pero es fundamental volver a señalar que la diferencia central entre la medicina social y la salud pública no la encontramos en los abordajes metodológicos sino en el abordaje teórico del problema. Los métodos y técnicas se subordinan a una lógica analítica de procesos dinámicos considerados en conjunto y no a la inversa, es decir, no se subordinan a la preeminencia de una lógica empírica que asocia, a través de la metodología y de las técnicas, mayoritariamente cuantitativas o cualitativas cuantificadas, fragmentos de la realidad.

Aunque la teoría marxista ha estimulado los desarrollos de la medicina social, el trabajo conceptual se ha centrado en analizar las limitaciones de la teoría marxista más tradicional en el contexto latinoamericano y rescatar los elementos conceptuales que pueden aportar a una comprensión contextualizada del proceso salud-enfermedad (31). Un concepto central que la medicina social rescata de la teoría marxista es el de clase social, definido por las relaciones de producción económica. En la teoría marxista, la característica más importante de la definición de clase social involucra la propiedad y el control de los medios de producción, y por ende del proceso productivo. En la medicina social se argumenta que la explotación del trabajo -y del no trabajo a través de la dominación de los ocupados y de los desocupados- es una condición inseparable de la producción económica. Como consecuencia de esta concepción se mantiene una visión de la clase social que tiene sus raíces en el proceso de producción y no en características demográficas como ingreso, educación, y prestigio ocupacional, que se

usan para realizar una estratificación social, pero dejan intocadas las relaciones que determinan los problemas sociales como la salud-enfermedad. Esta posición teórica relacionada con la producción económica ha guiado la elección de los problemas de investigación sobre el proceso de trabajo, tanto el industrial como el agrícola. Los grupos de la medicina social en México, Chile, Ecuador y Brasil han desarrollado estudios del impacto de la organización jerárquica del trabajo, de los procesos de producción y de las condiciones de trabajo en la salud mental y física (32-34).

Otro concepto de importancia para la medicina social es el de reproducción económica. La teoría marxista cuestiona la reproducción de las relaciones de explotación que, a través de generaciones, produce el sistema capitalista. Una de las instituciones más importantes que favorecen esta reproducción es la familia, especialmente a través de las relaciones de género, según el papel que se le asigna socialmente a cada integrante de la misma. Marx y Engels argumentaron, por ejemplo, que la explotación de los trabajadores estuvo intrínsecamente relacionada con la explotación de la mujer, desde que la producción económica requirió la reproducción de la fuerza de trabajo, principalmente a través de las actividades de las mujeres en el ámbito familiar (35). En las sociedades contemporáneas, las mujeres a menudo soportan la “triple carga” del trabajo asalariado, el doméstico y el cuidado de los hijos. Por esta razón, los grupos de la medicina social en algunos países han colaborado en investigaciones que se centran en las mujeres trabajadoras y los efectos de su papel en la producción y reproducción económica (36).

La ideología es un tercer eje teórico de la medicina social, comprende las ideas específicas y doctrinas de un grupo social. Una ideología “hegemónica” tiende a justificar los intereses de las clases que dominan una sociedad en un período histórico. La desmistificación de esta ideología es parte de la tarea teórica y política de la medicina social latinoamericana (37, 38). Durante los primeros años, el trabajo de desmistificación se centró en las políticas desarrollistas fomentadas por los gobiernos de Estados Unidos y Europa (8, 10, 24, 26). Más recientemente, los esfuerzos de desmistificación han enfatizado las políticas del Banco Mundial y otras agencias multilaterales de crédito que han alentado el crecimiento de la deuda, las privatizaciones y los recortes en los servicios públicos, basados en los principios macroeconómicos de la libertad de mercado (39-41).

Las teorías europeas contemporáneas también han influenciado a la medicina social latinoamericana. Por ejemplo, los esfuerzos teóricos realizados en Italia sobre el proceso de trabajo han contribuido al abordaje conceptual que el grupo mexicano de la medicina social ha desarrollado con los sindicatos industriales (18, 32). El psicoanálisis, el análisis institucional y recientes desarrollos filosóficos franceses han influenciado los esfuerzos de los investigadores argentinos y brasileros en sus estudios sobre los servicios de salud y la crítica de las ideologías en las políticas de salud, así como en la realización de propuestas de cambio (42- 43).

Principales temas y su relación con los movimientos sociales y políticos

Los grupos de la medicina social de diferentes países latinoamericanos han enfatizado los efectos de las políticas internacionales. Históricamente, tales trabajos han analizado el impacto del imperialismo económico, la extracción de materia prima y la explotación de la mano de obra barata. Más recientemente, los grupos de la medicina social se han centrado en las políticas macroeconómicas y el poder político de las corporaciones multinacionales y las agencias multilaterales de crédito. La carga de la deuda externa en los países del tercer mundo ha surgido como una importante preocupación. Los recortes presupuestarios, la privatización en el sector público y la apertura de los mercados de la atención de la salud a las corporaciones multinacionales han recibido crítica atención. Algunos grupos han colaborado en evaluar la atención gerenciada como una iniciativa de privatización de las corporaciones multinacionales y las agencias multilaterales de crédito. Estos estudios han enfatizado tanto los efectos perjudiciales en el acceso a los servicios de salud, como el deterioro de la red de servicios de atención de la salud y han desmistificado los reclamos de que las prácticas orientadas por el mercado mejoran la condiciones de los pobres (44-48).

Los grupos de la medicina social han vinculado sus investigaciones sobre políticas con esfuerzos organizacionales que apuntan a cambiar las relaciones de poder. Estas acciones tratan de expandir el debate público y reorientar las iniciativas de reforma hacia el encuentro con las necesidades de las poblaciones vulnerables. El grupo de la Universidad de Campinas en Brasil, nucleado en el Laboratório de Planejamento em Saúde (Laboratorio de Planificación en Salud) ha desarrollado importantes investigaciones en el nivel de la micropolítica de los procesos de trabajo en las instituciones de salud y realizado múltiples intervenciones junto a los servicios de salud, para modificar la relación instituciones de salud / usuarios. Para esto ha utilizado innovativas metodologías y técnicas de abordaje institucional y de análisis de los procesos de trabajo (49-52). El grupo de Argentina nucleado en la Central de Trabajadores Argentinos colabora con los movimientos sociales y de trabajadores en el desarrollo de análisis y propuestas alternativas a la privatización en salud (53).

Varios grupos han sido pioneros en la investigación de los determinantes socio-económicos. Investigadores en Ecuador han tomado como eje la ecología urbana, los cambios económicos provocados por la producción petrolera y las relaciones entre la estructura de inequidad de clase, género y étnica con la salud, así como los procesos de trabajo, para explicar los patrones de morbilidad y mortalidad (54-56). Estos investigadores ponen sus investigaciones al servicio de mejorar las condiciones de vida y trabajo, y apoyar las luchas de las coaliciones indígenas y movimientos sociales.

Investigadores mexicanos han trabajado con sindicatos de la industria y comunidades locales para clarificar los problemas de salud física y mental que se derivan de los procesos de trabajo y del medio ambiente. En estos esfuerzos, los investigadores han sido pioneros en el uso de métodos como la entrevista colectiva (18, 32, 57). En Chile, el grupo de la medicina social ha llevado adelante investigaciones que vinculan las condiciones de género, trabajo y medioambiente (58).

Las investigaciones sobre violencia y trauma han recibido atención prioritaria en varios países. El interés en este tema refleja la historia de la mayoría de los países latinoamericanos, sufrida incluso por los miembros de la medicina social. En Colombia, la tradición social de violencia -previamente vinculada a la pobreza y a los ciclos de rebelión, y más recientemente al tráfico de drogas y a las operaciones paramilitares- ha generado investigaciones sobre los efectos de la violencia en la salud (59, 60).

Investigadores chilenos, trabajando junto a organizaciones de derechos humanos, han apoyado con sus investigaciones e intervenciones terapéuticas a las familias cuyos miembros han experimentado tortura, exilio, o muerte durante la dictadura (61).

Investigadores de Argentina se han centrado en los sobrevivientes de la represión -tanto víctimas directas como familiares- llevada a cabo por la última dictadura militar (1976-1983). Estos investigadores fueron influenciados por los estudios psicológicos de violencia en El Salvador desarrollados por Ignacio Martín-Baró, un psicólogo salvadoreño formado en Estados Unidos, que fue asesinado por fuerzas paramilitares en su país (62-64).

El desafío de su difusión

Este productivo campo de investigación, reflexión teórica y práctica requiere que se desarrollen importantes esfuerzos para su difusión. Estos esfuerzos tienen dos importantes objetivos: uno es la difusión entre los profesionales y trabajadores de salud que no lo conocen, ya sea por problemas de idioma, o por su falta de circulación en las publicaciones médicas y de salud pública más tradicionales, y de mayor circulación entre la mayoría de los profesionales de salud. El otro es que, vía esta difusión, se desarrolle el intercambio entre la salud pública y la medicina social, permitiendo el enriquecimiento de ambas.

Para esto estamos desarrollando, en el Health Sciences Center Library and Informatics –HSCLI- (Biblioteca del Centro de Ciencias de la Salud e Informática) de la University of New Mexico (Universidad de Nuevo México) de los Estados Unidos, un sitio en el Web y una base de datos con resúmenes estructurados de libros, capítulos de libros, y artículos relevantes de la medicina social (<http://hsc.unm.edu/lasm>).

La opción por los resúmenes estructurados la tomamos siguiendo las recomendaciones del *Ad Hoc Working Group for Critical Appraisal of the Medical Literature* (Grupo de Trabajo Ad Hoc para la Valoración Crítica de la Literatura Médica) que desarrolló el concepto de los resúmenes estructurados para asistir a los lectores de materiales clínicos a seleccionar más rápida y precisamente los artículos más apropiados, así como facilitar la revisión de pares de los artículos sometidos a arbitraje (65). El material a ser colocado en el sitio del Web es seleccionado con la colaboración de un Comité de Expertos formado por líderes de la medicina social latinoamericana (la lista de los miembros del Comité puede consultarse en el sitio del Web). Los

resúmenes estructurados se ingresan en el sitio del Web y en la base de datos en portugués, español e inglés. Los textos originales de donde se extraen los resúmenes están almacenados en el HSCL&I, así como las once revistas latinoamericanas que, por su énfasis en la medicina social, se han suscripto bajo este proyecto con el asesoramiento del citado Comité¹. Otro aspecto del proyecto es el desarrollo en forma experimental de la publicación *on-line* en el Web site de tres importantes revistas de la medicina social latinoamericana (Saúde em Debate de Brasil, Cuadernos Médico Sociales de Argentina y Salud Problema de México). Apoyándonos en la tecnología de Internet esperamos ampliar el número de suscriptores, tanto de Estados Unidos como de otros países en el mundo, para estas importantes revistas cuyos editores muchas veces se encuentran con problemas de financiamiento para su publicación y distribución en las formas tradicionales.

Un desafío central en este proyecto es la traducción al inglés de los textos de la medicina social latinoamericana porque sus conceptos y desarrollos teóricos y metodológicos no encuentran su correlato en la terminología corriente de la salud pública norteamericana. Muchas veces obtener una traducción comprensible para los lectores del campo de la medicina o salud pública de habla inglesa dificulta la transmisión exacta del concepto de la medicina social. Sin embargo, consideramos que este primer esfuerzo abrirá las posibilidades futuras de profundizar el conocimiento de

¹ Las revistas suscriptas son: Cuadernos Médico Sociales y Salud Problema y Debate de Argentina; Interface, Cadernos de Saúde Pública, Revista de Saúde Pública, Saúde e Sociedade, Saúde em Debate y Revista Brasileira de Epidemiologia de Brasil; Revista Cubana de Medicina Tropical y Revista Cubana de Salud Pública de Cuba; y Salud Problema de México.

este importante campo científico y permitirá avanzar en la precisión conceptual y en el intercambio con los investigadores y estudiosos de la medicina social latinoamericana.

Conclusión

La medicina social latinoamericana ha surgido como un campo desafiante, por los aportes que ha hecho a la comprensión de los determinantes del proceso salud-enfermedad-atención y a su complejidad, así como por el uso de teorías, métodos y técnicas escasamente conocidos por la salud pública. El eje en los orígenes sociales de la enfermedad y muerte temprana desafía las relaciones de poder económico y político en las sociedades. Los temas y hallazgos han llegado a ser pertinentes para problemas en medicina y salud pública en todo el mundo. En especial, para el análisis y la propuesta de alternativas a la inequidad en salud, la reforma de los sistemas sanitarios, los estudios de género, el estudio de las micro y macro políticas que afectan la atención de la salud y la salud de los trabajadores, entre otros. Los profesionales de la medicina social latinoamericana han usado teorías y métodos que distinguen sus esfuerzos de aquellos de la salud pública. En particular, el eje en el contexto social e histórico de los problemas de salud, el énfasis en la producción económica y en la determinación social, y la vinculación de la investigación y la formación con la práctica política, han provisto de abordajes innovativos para algunos de los más importantes problemas de nuestra época.

Las barreras de idioma y posiblemente el escepticismo acerca de las investigaciones que provienen del Tercer Mundo han favorecido el desconocimiento de esta importante corriente entre los profesionales de salud de los países del “Primer

Mundo”. Asimismo, el lenguaje y los métodos tradicionales de circulación de las revistas latinoamericanas de medicina social han sido un obstáculo para el acceso a esta importante producción científica, por parte de muchos profesionales de salud en todo el mundo, cuyos trabajos podrían beneficiarse de los avances de la medicina social si esta fuera más difundida y accesible. Para los Estados Unidos y para otros países en el mundo, la producción de la medicina social latinoamericana puede llegar a ser algo sumamente valioso para considerar, en especial en esta era de globalización con sus peligros asociados para la salud pública.

Apéndice

Este trabajo fue financiado parcialmente por subsidios de la Comisión Fulbright (Senior Fellowship for Independent Research, American Republics Program), Centro Internacional Forgy de los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos (TW 01982), Pacific Rim Program de la Universidad de California (University of California), el Colegio Americano de Médicos (American College of Physicians - George Griffith Traveling Fellowship), Fondos Dedicados a la Investigación en Salud de la Universidad de Nuevo México, Escuela de Medicina (Dedicated Health Research Funds, The University of New Mexico, School of Medicine), y la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos (National Library of Medicine - 1G08 LM06688).

De la primera etapa de la investigación sobre la medicina social (1994-2000) participó además de los autores, Silvia Lamadrid del Grupo de Investigación y Capacitación en Medicina Social (GICAMS) de Chile. Esta investigadora proveyó asistencia en la recolección, análisis e interpretación de datos. En el proyecto de

creación del sitio en el Web y de la base de datos participan Holly Buchanan (co-investigadora principal), Jon Eldredge, Russ Davidson, Ruth Morris, Kevin Wiley y Jonathan Tregear de la UNM. Emerson Merhy es el investigador principal del equipo de Brasil, Alfredo Estrada de Chile, Jaime Breilh de Ecuador y Norma Fernández de Argentina. Howard Waitzkin es el investigador principal de ambos proyectos, Celia Iriart es la coordinadora general del proyecto de desarrollo del Web site y base de datos, e investigadora asociada de la primera etapa.

A todos los colegas que participan del proyecto de difusión, incluidos los miembros del Comité de Selección de Pares cuyos nombres están en el sitio del Web, les agradecemos su dedicación e interés en ayudarnos a difundir la medicina social latinoamericana. Expresamos nuestra especial gratitud a numerosos de colegas y amigos que nos ofrecen su constante asesoramiento, participaron en las entrevistas, y son un ejemplo de coraje y compromiso en el desarrollo de la medicina social.

Los procedimientos de los consentimientos informados para la participación de sujetos humanos en el primer proyecto sobre la medicina social fueron revisados y aprobados por el consejo de revisión institucional de la Universidad de California, Irvine.

REFERENCIAS

1. Waitzkin H, Iriart C, Estrada A, Lamadrid S. Social medicine in Latin America - productivity and dangers facing the major national groups. *Lancet* 2001;358:315-323.
2. Waitzkin H, Iriart C, Estrada A, Lamadrid S. Social medicine then and now: Lessons from Latin America. *Am J Public Health* 2001;91(10):1592-1601.
3. Nunes ED. Trayectoria de la medicina social en América Latina: elementos para su configuración. En: Franco S, Nunes E, Breilh J, Laurell AC. *Debates en Medicina Social*. Quito (Ecuador): OPS / ALAMES. 1991.

4. Donnangelo MCF. Salud y Sociedad. Guadalajara (México): Editorial de la Universidad de Guadalajara. 1994.
5. Iriart C, Nervi L, Olivier B, Testa M. Tecnoburocracia Sanitaria. Ciencia, Ideología, y Profesionalización. Buenos Aires (Argentina): Lugar Editorial. 1994.
6. Menéndez E. Salud pública: sector estatal, ciencia aplicada o ideología de lo posible. En: Organización Panamericana de la Salud (editor). La Crisis de la Salud Pública: Reflexiones para el Debate. Publicaciones Científicas Nro. 540. Washington DC: OPS. 1992. Pp. 103 – 122.
7. Testa, M. Salud pública y atención primaria de salud: una evaluación crítica. En: Organización Panamericana de la Salud (editor). La Crisis de la Salud Pública: Reflexiones para el Debate. Publicaciones Científicas Nro. 540. Washington DC: OPS. 1992. Pp. 205 – 229.
8. Laurell AC. La salud enfermedad como proceso social. Revista Latinoamericana de Salud (México D.F.) 1982 abril;2:7-25.
9. Behm Rosas H. Mortalidad Infantil y nivel de vida. Santiago, Chile: Ediciones de la Universidad de Chile. 1962.
10. Breilh J, Granda E. Acumulación económica y salud-enfermedad: la morbimortalidad en la era del petróleo. Revista Salud y Trabajo (Quito, Ecuador) 1982 junio;2:2-29.
11. García JC. La Educación Médica en América Latina. Washington DC: OPS Publicación Científica Núm. 255. 1972.
12. García JC. La Investigación en el Campo de la Salud en Once Países de la América Latina. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud. 1982.
13. García JC. La Mortalidad de la Niñez Temprana Según Clases Sociales. Medellín, Colombia: Universidad Pontificia Bolivariana. 1979.
14. Franco S, Nunes E, Breilh J, Laurell AC. Debates en Medicina Social. Quito (Ecuador): OPS / ALAMES. 1991.
15. Breilh J. Epidemiología: Economía, Medicina y Política. Mexico: Fontamara, Primera edición 1979.
16. Breilh J. Nuevos Conceptos y Técnicas de Investigación. Quito: Centro de Estudios y Asesoría en Salud, 1995.
17. Laurell AC, Blanco Gil J, Machetto T, Palomo J, Pérez Rulfo C, Ruí de Chávez M, Urbina M, Velázquez N. Enfermedad y desarrollo, análisis sociológico de la morbilidad en dos pueblos mexicanos. Revista Mexicana de Ciencias Políticas (México) 1976; 84: 131-158.
18. Laurell AC, Noriega M, López O, Ríos V. La experiencia obrera como fuente de conocimiento: confrontación de resultados de la encuesta colectiva e individual. Cuadernos Médico Sociales (Rosario, Argentina) 1990; 51:5-26.
19. Almeida N. La Ciencia Tímida: Ensayos de Deconstrucción de la Epidemiología. Buenos Aires: Lugar Editorial. 2000.
20. Franco S, Nunes ED. Presentación. En: Franco S, Nunes E, Breilh J, Laurell AC. Debates en Medicina Social. Quito (Ecuador): OPS / ALAMES. 1991. Pp. 7-16.

21. Victoria C, Barros F, Vaughan P. Epidemiología de la Desigualdad. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud - Serie PALTEX. 1992.
22. Breilh J. El Género entre Fuegos: Inequidad y Esperanza. Quito (Ecuador): Centro de Estudios y Asesoría en Salud. 1996.
23. Quevedo E. La articulación del conocimiento básico y social en la formación del personal de salud: una mirada desde la historia. En: Rodríguez, MI (Org.). Lo Biológico y lo Social. Washington: Organización Panamericana de la Salud Serie Desarrollo de los Recursos Humanos # 101. 1994. Pp. 13-34.
24. Romero A. El Desarrollo Histórico de la Epidemiología en América Latina. Campinas (Brasil): Anais do I Congresso Brasileiro de Epidemiologia. 1990.
25. Gramsci A. Quaderni del Carcere. Turín: Ed. Crítica de Valentino Gerratana. 1975.
26. Costa NdR. Transición y movimientos sociales: contribuciones al debate de la reforma sanitaria. Cuadernos Médico Sociales (Rosario, Argentina) 1988;44: 51-61.
27. Breilh J. Componente de metodología: la construcción del pensamiento en medicina social. In: Franco S, Nunes E, Breilh J, Laurell C. Debates en Medicina Social. Quito (Ecuador): Organización Panamericana de la Salud. 1991.
28. Laurell AC. Social analysis of collective health in Latin America. Soc Sci Med. 1989;28:1183-1191.
29. Franco A. S. La cuestión de la causalidad en medicina. En: Grupo de Trabajo. Desarrollo de la Medicina Social en America Latina, OPS-ALAMES. Mexico City, Mexico: Organización Panamericana de la Salud. 1989.
30. Rosen G. De la Policía Médica a la Medicina Social. México D.F.: Siglo XXI. 1985.
31. Franco S. Tendencias de la medicina social en América Latina. En: Sepúlveda J y otros, ed. Actualización en Medicina Social. Santiago, Chile: GICAMS. 1989.
32. Laurell AC, Noriega M. Proceso de trabajo y salud en SICARTSA. Cuadernos Médico Sociales (Rosario, Argentina) 1987;40:5-24.
33. Pitta A. Hospital, Dor e Morte como Oficio. São Paulo: Editora Hucitec. 4ta. Edición. 1999.
34. Campaña A.
35. Goldemberg P. Condiciones de vida y salud en los años 80: reproducción social como categoría de análisis. Cuadernos Médico Sociales (Rosario, Argentina) 1991;57:35-54.
36. Breilh J. Género, Poder y Salud. Quito, Ecuador: Centro de Estudios y Asesoría en Salud. 1993.
37. Testa M. Pensar en Salud. Buenos Aires: Lugar Editorial. 1993.
38. Testa M. Pensamiento Estratégico y Lógica de Programación. Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial. 1996.
39. Laurell AC, López Arellano O. Market commodities and poor relief: The World Bank proposal for health. Int J Health Serv. 1996;26:1-18.
40. Stocker K, Waitzkin H, Iriart C. The exportation of managed care to Latin America. N Engl J Med. 1999;340:1131-1136.
41. Iriart C, Merhy E, Waitzkin H. Managed care in Latin America: the new common sense in health policy reform. Soc Sci Med. 2001; 52: 1243-1253.

42. Merhy E, Onocko R. Agir em Saúde um Desafio para o Público. São Paulo (Brasil): Editora Hucitec / Buenos Aires (Argentina): Lugar Editorial (Argentina). 1997.
43. Iriart C, Merhy E, Waitzkin H. Atención gerenciada en América Latina: transnacionalización del sector salud en el contexto de la reforma. *Cadernos de Saúde Pública* (Rio de Janeiro, Brazil), 2000; 16 (1): 95-105.
44. Iriart C. La reforma del sector salud en Argentina: de la salud como derecho social a bien público a responsabilidad individual y bien de mercado. En: *Centro de Estudios y Asesoría en Salud. Reforma en Salud: Lo Privado o lo Solidario*. Quito, Ecuador: CEAS. 1997.
45. Breilh J. Reforma: democracia profunda, no retroceso neoliberal. En: *Centro de Estudios y Asesoría en Salud. Reforma en Salud: Lo Privado o lo Solidario*. Quito, Ecuador: CEAS; 1997.
46. Merhy E, Iriart C, Waitzkin H. Atenção gerenciada: da micro-decisão corporativa à micro-decisão administrativa, um caminho igualmente privatizante? En: Bursmester H, ed. *Managed Care: Alternativas de Gestão em Saúde*. São Paulo, Brazil: Editora PROAHSA/ Editora Fundação Getulio Vargas. 1998.
47. Laurell AC, Ortega M. The free trade agreement and the Mexican health sector. *Int J Health Serv*. 1992;22:331-337.
48. Laurell AC, Wences M. Do poverty programs alleviate poverty? The case of the Mexican National Solidarity Program. *Int J Health Serv*. 1994;24:381-401.
49. De Oliveira Cecilio LC (org.). *Inventando a Mundaça*. São Paulo (Brasil): Editora Hucitec, 1994.
50. Franco T, Bueno W, Merhy E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* (Rio de Janeiro, Brasil) 1999; 15:345-53.
51. Campos GWS. *Reforma da Reforma. Repensando a Saúde*. São Paulo: Editora Hucitec. 1992.
52. Campos, Cezar R.; Malta, Deborah C.; Teixeira dos Reis, Afonso; Dos Santos, Alaneir; Merhy, Emerson E. *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte. Reescrevendo o público*. São Paulo (Brasil): Xamá Editora, 1998.
53. Iriart C, Merhy E, Waitzkin H. *La Atención Gerenciada en América Latina: Su Papel en la Reforma de los Sistemas de Salud*. Buenos Aires, Argentina: Instituto de Estudios y Formación / Central de Trabajadores Argentinos; 1999.
54. Colectivo CEAS. *Mujer, Trabajo y Salud*. Quito, Ecuador: Ediciones CEAS. 1994.
55. Betancourt O. *La Salud y el Trabajo*. Quito, Ecuador: Centro de Estudios y Asesoría en Salud y Organización Panamericana de la Salud. 1995.
56. Breilh J, Granda E, Campaña A, Betancourt O. *Ciudad y Muerte Infantil*. Quito, Ecuador: Ediciones CEAS. 1983.
57. Laurell AC, Noriega M, Martínez S, Villegas J. Participatory research on workers health. *Soc Sci Med* 1992;34:603-613.
58. Montecino S. Madres niñas, madresolas, continuidad o cambio cultural? *Salud y Cambio* (Santiago, Chile) 1993;4(11):6-8.

59. Franco Agudelo S. Violencia y salud en Colombia. Rev Panam de Salud Pública 1997;1:93-103.
60. Franco S. International dimensions of Colombian violence. Int J Health Serv. 2000;30:163-185.
61. Estrada A, Hering M, Donoso A. Familia, Género y Terapia: Una Experiencia de Terapia Familiar Sistémica. Santiago, Chile: Ediciones CODEPU. 1997.
62. Martín-Baró I. Writings for a Liberation Psychology. Cambridge, MA: Harvard University Press. 1994.
63. Martín-Baró I. La violencia en Centroamérica: una visión psicosocial. Salud, Problema y Debate (Buenos Aires, Argentina) 1990;2 (4):53-66.
64. Stolkiner A. Tiempos "posmodernos": ajuste y salud mental. En: Cohen H, de Santos B, Fiasché A, Galende E, Saidón O, Stolkiner A, Testa M. Políticas en Salud Mental. Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial. 1994.
65. Ad Hoc Working Group for Critical Appraisal of the Medical Literature. A proposal for more informative abstracts of clinical articles. Ann Intern Med 1990;113:69-76.