

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

IMPORTANCIA DE LA MEDICINA INSTITUCIONALIZADA

TESIS

Presentada a la Junta Directiva de la
Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala

por:

ELSY HAYDEE CAMEY DE ASTORGA

Previo a optar el Título de:

MEDICO Y CIRUJANO

INTRODUCCION

Esta revisión se propone estudiar las condiciones estructurales de las potencias y de las economías subordinadas de la América Latina, para encontrar la explicación a los problemas de Salud que afectan a nuestros pueblos y que han sido tomados como estandarte de los problemas socioeconómicos de los mismos. Podemos darnos cuenta del cambio que en la política de las Corporaciones y Fundaciones privadas se ha venido dando a fin de tratar de cubrir en base a extensión de fondos para programas de Medicina Social, a la vez disminuir el estímulo que se otorgan a Servicios de alta complejidad hospitalaria.

Este cambio pretende demostrar ciertas estrategias del imperialismo, no ha desterrado la hegemonía del anterior aparato hospitalario, en cambio ha transformado significativamente el carácter histórico-ideológico de la medicina, abriendo un nuevo modo de "Medicina Colectiva".

El primer estudio importante sobre la atención de la salud elaborado por Engels: "La Condición de la Clase Trabajadora en Inglaterra" (1845); describiendo las condiciones peligrosas de trabajo y vivienda como fomento de la mala salud. Particularmente relacionó el desarrollo de las enfermedades como tuberculosis, la tifoidea y el tifus con la desnutrición, la mala vivienda, la contaminación de las aguas y el hacinamiento.

Las recomendaciones de política sanitaria reflejan las luchas políticas y económicas de los diversos grupos de interés. La intervención estatal en la atención médica generalmente responde al sistema económico capitalista y al sector privado. La ideología médica ayuda a mantener la estructura de clase y los patrones de dominación. La investigación comparativa internacional analiza los efectos del imperialismo, los cambios

en el socialismo y las contradicciones de las reformas sanitarias en las sociedades capitalistas.

Se tratará pues, en este trabajo, de demostrar la importancia de la medicina orientada hacia los problemas de la comunidad y de aquí la importancia "relativa" de clínicas familiares populares. El sistema de Salud refleja la estructura de clase de la sociedad a través del control de las instituciones de salud, la estratificación de los trabajadores de salud y la movilidad ocupacional limitada dentro de las profesiones de salud.

"El punto de vista marxista pone en duda que los avances importantes de los sistemas de salud puedan ocurrir sin cambios fundamentales en el ordenamiento social total. Una de las razones que favorecen el desarrollo de este punto de vista aceptado también por muchos no marxistas, es el hecho de que los problemas de salud reflejan los de nuestra sociedad en general y no pueden ser separados de ellos".

JUSTIFICACION

Se tratará de estudiar el campo de medicina de la colectividad tratando de descubrir sus objetivos de fondo y definir cuáles son las alternativas auténticamente sociales que deben implantarse. Se estudiarán las condiciones de la estructura capitalista que explica el porqué desde hace varios años y con mayor persistencia en la actualidad han aparecido planes y políticas de salud, nacionales e internacionales que, subordinándose a las estrategias de los organismos imperialistas, tratan de difundir a escala continental formas de práctica médica a las que se denominan "Sociales" o "Comunitarias" y/o en forma más atrevida: "medicina popular".

Los organismos oficiales denominan "medicina comunitaria" (de "nivel Primario" de "primer contacto" o de "técnicas simplificadas") a la que comprende acciones de bajo costo, destinadas principalmente al servicio de los pobres no asalariados que se agrupan en áreas geográficas llamadas ambigua mente "comunidades", cuyo objeto operacional no es ya (como en el caso de los servicios del seguro social) el "individuo-obrero" o el "individuo-empleado", sino la comunidad rural o el barrio pobre urbano, cuyo enfoque de los problemas de salud pretende no ser meramente biológico, tratando de incorporar los "componentes" culturales, ambientales y políticos, y cuyas acciones no se reducen al tratamiento especializado de casos agudos -esporádicos- sino que intenta atender la patología elemental y desarrollar los aspectos preventivos y administrativos.

OBJETIVOS

1. Considerar el problema de la planificación en Salud, no a nivel técnico, sino a nivel político, haciendo una reformulación de la planificación a partir de un análisis histórico estructural de las Instituciones.

2. Comprender la función del Estado como determinante de la Práctica Médica, y establecer un diagnóstico epidemiológico social, que permita sentar las bases para una planificación participativa en Salud.

3. Plantear alternativas que señalen la importancia del análisis político y de la participación consciente de las clases dominadas, en la resolución de los problemas de Salud, y señalar claramente su vinculación con la estructura social.

4. Plantear la Planificación como un problema político en relación con la estructura de poder de la sociedad, y la participación también como un problema de poder popular que no se puede limitar al área de la Salud.

HIPOTESIS

La Medicina Institucionalizada resuelve los problemas de Salud, independientemente de la función del Estado como determinante de la Práctica Médica.

RECURSOS: MATERIAL Y METODOS

MATERIALES

- a. Bibliografía sobre el tema (folletos, revistas, libros, etc.).
- b. Recursos de oficina.
- c. Recursos económicos.
- d. Instalaciones de la Facultad de Ciencias Médicas (Biblioteca de la Facultad, Oficinas de OPCA).

HUMANOS

- a. Un asesor y un Revisor de tesis.
- b. Personal de Fase II, Facultad de Medicina, así como personal de las Oficinas de OPCA.
- c. Un estudiante de Medicina.
- d. Otras personas que colaboraron o bien aportaron ideas y ayuda de cualquier tipo para realizar este trabajo.

METODO UTILIZADO

Para estudiar el problema planteado y someterlo a estudio se empleará el Método Científico. Se tratará de fundamentar el estudio partiendo de lo general a lo particular (análisis), para luego pasar de lo particular y llegar a lo general (síntesis).

PLANTEAMIENTO TEORICO

Durante el siglo actual, la atención a la salud y la práctica de la medicina han venido presentando una constante evolución en diversas partes del mundo.

Al analizar dicha evolución, sin embargo, en la mayoría de los países se constata que nunca se ha llegado a cubrir totalmente las exigencias y que siempre se mantiene un margen relativamente importante de expectativas no satisfechas.

Tanto en América Latina como en otras partes del mundo, ha habido en las últimas décadas una creciente preocupación por modificar los patrones tradicionales en la formación de personal de salud, particularmente de médicos, con la esperanza de capacitar profesionales capaces de superar los defectos del sistema en el cual trabajan y de proporcionar más y mejores servicios a la población.

En general, los resultados obtenidos con las reformas han sido limitados, y eso ha llevado a plantear interrogantes acerca de la validez de los supuestos que les han servido de base. Tal hecho ha estimulado la formulación de teorías y de modelos de análisis dirigidos a dilucidar algunos aspectos del problema y a facilitar su solución.

Los trabajos que se han realizado buscando resolver la problemática de Salud en los países de América Latina, han presentado algunos errores, tales como: "se ha partido de algunos supuestos con los que no es posible penetrar en las verdaderas necesidades de la población y comprenderlas, y por el otro, han utilizado modelos de identificación ajenos a la cosmovisión de la propia comunidad".

En lo que se refiere al primer error o equívoco, lo dominante ha sido el enfoque funcionalista, que reconoce una homogeneidad entre lo económico, lo social y lo político, que pasan a constituir variables interdependientes. Al no existir un patrón jerárquico entre los modelos de este patrón, posibilita que se intente desencadenar el proceso de desarrollo a partir de la educación, de la vivienda, del aumento de la productividad o de la salud. "La medicina comunitaria se integra en esta concepción cuando trata de promover dinámicamente el sector salud. El desarrollo de acciones comunitarias con este apoyo teórico se transforma entonces en aparato ideológico de control de las poblaciones movilizadas".

Este control se establece no sólo a través del encubrimiento de las contradicciones de clase mediante la aceptación de la existencia de intereses comunes, sino también por el contenido en torno al cual se procura la participación de la comunidad. De este modo, aún en comunidades compuestas por sectores populares, obreros o marginales, la movilización a nivel de consumo y no de la producción, hace posible la enajenación de la conciencia de clase, al inculcar una concepción orientada hacia el consumo de bienes o servicios.

Por otro lado, el uso de principios metodológicos que reconocen aisladamente en su origen y manifestaciones los problemas específicos de salud, lleva a los programas de medicina a ocultar las verdaderas causas del problema, el cual, en última instancia, es de naturaleza económica.

Las consideraciones anteriores podrían servir de base para reformular el concepto de Comunidad, ya que es hacia ella a donde se encaminan los problemas de salud y su solución. Cuando se habla de comunidad nos referimos a un grupo de población marginal, el cual se define por su ubicación en las relaciones de producción, por su función como sector de reserva o

como base de control del valor de la fuerza de trabajo, y desde el punto de vista de su ubicación real en la sociedad global puede o no ocupar determinados espacios geográficamente separados de las otras capas sociales.

Por otro lado, es importante en la concepción del trabajo de comunidad el concepto de Participación. Los programas tradicionales insisten en que uno de sus objetivos principales es lograr la "Participación" de la población. En esos casos, se parte del supuesto de que los grupos sociales a los que se dirige la acción son pasivos, indiferentes a sus propios problemas, o bien que están en actitud de esperar que ellos sean resueltos por algún agente externo.

Considerando lo anterior y haciendo referencia específicamente al saber médico y a las formas de comportamiento que tienen que ver con la salud, debe adoptarse una política de "descentralización", es decir, hay que reubicar el saber médico en una práctica de alcance transformador. Así, el saber médico sería un canal específico a través del cual la población podría cumplir una reflexión verdaderamente crítica de su propia situación.

... "en base a estos aspectos teóricos, la concepción de equipo de trabajadores de salud de la comunidad, impone una nueva concepción. Este equipo desempeñará dos funciones básicas: Una de carácter predominantemente técnico y otra predominantemente social. Todos los componentes del equipo podrán cumplir las dos funciones, aunque también puede existir una división del trabajo respecto a esas mismas funciones.

Los programas deben ponerse en práctica a partir de una cobertura institucional, ya que si bien pueden incorporar núcleos de trabajo voluntario no deben estructurarse a partir de este. Esta cobertura favorece la continuidad programática por

que evita el "episodismo" que es el sello del trabajador voluntario.

Cuando la institución es la escuela de medicina, y en particular los departamentos de medicina preventiva, estos deben ser rescatados de su aislamiento, transformando su organización interior en función de las acciones comunitarias, las cuales se cumplirán por medio de unidades experimentales específicas, definidas de acuerdo con problemas prevalentes y que contarán con equipos interprofesionales integrados, lo cual permitiría, a su vez, explorar el posible apoyo de la cooperación interprofesional. Se procurará desarrollar estas unidades experimentales de manera que promueva una incorporación gradual de otras áreas científicas.

Con esta base pueden formarse programas con un nuevo enfoque de la medicina comunitaria como instrumento de una práctica concientizadora, tendrán sentido multiplicador, y podrán, en consecuencia, constituirse en escenarios de formación para estudiantes, profesionales y para la propia población dispuestos a comprometerse con dicha práctica".

ELEMENTOS DE INFORMACION BASICA

Las definiciones de Marx, de lo que es la clase social, ponen énfasis en la relación social de producción económica. Hizo ver que la clase capitalista o burgués, posee o controla los medios de producción: máquinas, fábricas, tierras y materias no elaboradas necesarias para hacer productos para el mercado. La clase trabajadora o proletariado, no posee ni controla los medios de producción, debe vender su trabajo por un salario. No obstante, el valor del producto de los trabajadores es siempre mayor que sus salarios; los trabajadores deben dar su producto al capitalista; pierden control de su propio proceso productivo y se vuelven subjetivamente "alienados" de su trabajo. La "plusvalía", que es la diferencia entre el salario pagado a los trabajadores y el valor del producto de su creación, es la base objetiva de la ganancia capitalista. La plusvalía es también la fuente estructural de la "explotación"; hace que el capitalista mantenga los salarios bajos, que cambie el proceso de trabajo (a través de la automatización y a través de nuevas tecnologías, de la supervisión rígida, del aumento de la jornada de trabajo con el tiempo extra, de los procesos acelerados y de las condiciones peligrosas de trabajo) y que resista los intentos organizados de los trabajadores para ganar mejores salarios o mayor control del lugar de trabajo.

Las definiciones de clase social de Miliband han dado marco a la investigación Marxista de la estructura de clases en el sistema de salud; esta investigación ha demostrado que el sistema de salud refleja la estructura de clases de la sociedad.

La clase "empresarial" incluye a los principales propietarios de la riqueza; ellos comprenden el 1% de la población y poseen el 80% de todas las acciones empresariales y de los bonos estatales y de gobierno local; su ingreso anual medio (esti-

mación de 1975) es de 114,000 dólares. La clase "trabajadora", en el extremo opuesto de la escala, constituye el 49% de la población; está compuesta por los trabajadores anuales, de servicio y del campo, que generalmente ganan 8,500 dólares por año o menos. Entre estas dos clases polares están la clase "media alta" (profesionales como doctores, abogados y demás, que constituyen el 14% de la población y ganan cerca de... 25,600 dólares anuales y los ejecutivos del negocio del nivel medio, que son el 6% de la población y ganan cerca de... 22,700 dólares), la clase "media baja", formada por pequeños comerciantes, gente que trabaja por sí misma y artesanos, que componen el 7% de la población y ganan cerca de 12,100 dólares; los conserjes y empleados de almacén que son el 23% de la población y ganan alrededor de 9,200 dólares por año). Aunque estas definiciones dan descripciones resumidas de una realidad muy compleja, son muy útiles para analizar las manifestaciones de la estructura de clase en el sistema de salud.

Navarro, ha ilustrado el constante control que los miembros de las clases empresariales y media alta ejercen sobre las instituciones que establecen las políticas de las instituciones de salud de los Estados Unidos. Estas clases predominan en los cuerpos directivos de las fundaciones privadas en el sistema de salud, en los de las instituciones privadas y estatales de educación médica y en los de los hospitales voluntarios locales. Sólo en las directivas de las instituciones de enseñanza estatales y en los hospitales voluntarios, tienen los miembros de las clases media inferior o de la clase trabajadora alguna representación apreciable; pero aún allí, la participación de esas clases cae muy por debajo de la proporción que representan en la población general.

Como miembros de la clase media superior, los médicos ocupan el estrato más alto entre los trabajadores de las instituciones de salud, constituyen el 7% de la fuerza de trabajo de

salud y reciben un ingreso neto medio (aproximadamente 53,900 dólares en 1975) que los coloca en los primeros 5% de la distribución de ingresos de los Estados Unidos. Por debajo de los médicos y administradores profesionales están los miembros de la clase media baja: enfermeras, terapeutas físicos y ocupacionales y técnicos. Ellos constituyen el 29% de la fuerza de trabajo de salud y son mayormente mujeres que ganan cerca de 8,500 dólares. En lo más bajo de las jerarquías institucionales están los conserjes, ayudantes, sirvientes y personal de cocina y oficios comunes, que son la clase trabajadora del sistema de salud. Ellos tienen un ingreso de aproximadamente 5,700 dólares por año y representan el 54% de la fuerza de trabajo de salud; el 84% son mujeres y el 30% negros.

Estudios que ha analizado las fuerzas de profesionalismo, elitismo y especialización que dividen a los trabajadores de salud entre sí y evita que lleven a cabo la realización de intereses comunes. Estos patrones afectan a los médicos, enfermeras y a los trabajadores técnicos y de servicio que comprenden los segmentos que más rápidamente crecen de la fuerza de trabajo de salud. La burocratización, el sindicalismo, la intervención estatal y la proletarianización potencial de los trabajadores profesionales de salud pueden alterar los patrones futuros de esta estratificación.

La movilidad de clase dentro de las posiciones profesionales es muy limitada. Investigaciones del origen de clase de los médicos hechas, tanto en Inglaterra como en los Estados Unidos, han demostrado que hay una representación consistentemente pequeña de la clase media baja y de la clase trabajadora entre estudiantes de medicina y los médicos practicantes.

Durante el siglo pasado el capital económico se ha ido concentrando en un número cada vez más pequeño de compañías: los Monopolios. El capital monopolista ha emergido e-

sencialmente en todas las naciones capitalistas avanzadas en donde el proceso de monopolización ha reforzado las ganancias empresariales privadas. En una forma muy diferente, también ocurre la monopolización en los países socialistas, en donde el Estado posee los recursos de capital más importantes y limita fuertemente la ganancia privada. El capital monopolista ha llegado a ser una característica prominente de la mayoría de los sistemas de salud capitalista y se manifiesta de diferentes maneras.

Centros médicos, que cerca de 1910, se ha venido produciendo un continuo crecimiento de dichos centros, usualmente afiliados a universidades. El capital se encuentra altamente concentrado en estos centros médicos que están sumamente orientados hacia la tecnología avanzada, los médicos han recibido entrenamiento en donde la tecnología se encuentra disponible y la especialización es grandemente apreciada.

El capital financiero, es un capital monopolista, el cual es notorio en los bancos y compañías de seguros, que son las empresas más grandes de producción de ganancia en el capitalismo. El capital financiero tiene un papel prominente en las actuales propuestas de reformas de salud. La mayoría de los planes de seguro nacional de salud permitirán que continúe en actividad la industria de seguros; más aún, la inversión empresarial en las organizaciones de mantenimiento de la salud está aumentando, con la idea de que el seguro nacional de salud, cuando sea autorizado, asegure las ganancias de esas inversiones.

El "Complejo Médico-Industrial" ideado del modelo de penetración industrial "Complejo Militar-Industrial", fue investigado por la Health Policy Advisory Center y han puesto énfasis en el hecho de que la explotación de la enfermedad para ganancia privada es una de las características primarias de

los sistemas de salud en las sociedades capitalistas avanzadas. Informes recientes han criticado a las industrias farmacéuticas y de equipos médicos por sus prácticas de mercadeo de drogas en el Tercer Mundo antes de que se haya comprobado la seguridad de su administración y por la promoción de innovaciones diagnósticas y terapéuticas caras, sin pruebas de control que demuestren su efectividad.

Marx decía que la posición de clase y los recursos económicos determinan usualmente el poder político y hacía ver que la clase económicamente dominante está compuesta de varios grupos que algunas veces tienen intereses diferentes. Aun cuando estos grupos se unan cuando enfrentan amenazas básicas por parte de la clase trabajadora, sus diversos intereses generan contradicciones que pueden servir de base para una estrategia política.

La investigación hecha por Alford, delimita tres grupos de interés importantes que luchan por poder y finanzas. Los Monopolistas Profesionales, incluyen a médicos, especialistas y trabajadores de investigación de salud en las escuelas de medicina, universidades o prácticas privadas y la mayor consecuencia de sus actividades en "una continua proliferación de programas y proyectos" que "dan una apariencia simbólica de legitimidad mientras mantienen las relaciones de 'poder' en el sistema de salud". Los Racionalizadores Empresariales son personas con posiciones tope dentro de las organizaciones de salud: administradores de hospital, decanos de facultades de medicina y funcionarios de salud pública. El efecto primordial de los racionalizadores empresariales, de acuerdo con Alford es complicar y elaborar las estructuras burocráticas del sistema de salud. Un tercer grupo de interés es la Población Comunitaria que son los verdaderamente necesitados y afectados por los servicios de salud. Generalmente menciona Alford los esfuerzos de este grupo de interés tienden a fallar. Una gran

posibilidad de su neutralización está en que los líderes asuman posiciones simbólicas en las oficinas asesoras o de planificación sin que haya un verdadero cambio en las estructuras de poder.

La importancia estratégica del Estado es obvia porque éste contiene a las principales instituciones de poder político. Generalmente el Estado actúa para reprimir los cambios sociales o las acciones políticas revolucionarias que amenacen al sistema actual de cualquier manera fundamental. Marx y Engels subrayaron el papel crucial del gobierno para proteger el sistema económico capitalista y los intereses de la clase capitalista. El famoso mensaje de "El Manifiesto del Partido Comunista" era que el "estado es el comité ejecutivo de la burguesía"; Lenin llegó a la conclusión de que la clase capitalista intervendría por la fuerza para bloquear cualquier victoria electoral que amenazara seriamente el sistema de empresas privadas.

De lo anterior se puede comprender que el Estado comprende las instituciones públicas interconectadas que actúan para preservar el sistema económico capitalista y los intereses de la clase capitalista. También comprende instituciones relativamente no coercitivas dentro de los sistemas educativo, de bienestar público y de atención de salud. Es a través de estas instituciones no coercitivas como el Estado ofrece servicios o transmite mensajes ideológicos que dan legitimidad al sistema capitalista.

Dentro del sistema de salud, el "sector público" opera como parte del Estado a través de gastos públicos y emplea trabajadores de salud en instituciones públicas. "El sector privado" está basado en la práctica privada y en compañías que manufacturan productos médicos o controlan el capital financiero.

Las funciones del Estado en el sistema de salud han aumen-

tado en alcance y complejidad. En primer lugar, el Estado actúa a través del sistema de salud para legitimizar el sistema económico capitalista basado en la empresa privada. La historia de los programas de bienestar y salud pública demuestran que los gastos estatales aumentan usualmente durante los períodos de protesta social y disminuyen cuando el malestar se hace menos generalizado. La segunda función importante del Estado en el sistema de salud es proteger y reforzar al sector privado de manera más directa. Una tercera función del Estado es el refuerzo de patrones dominantes en medicina científica y clínica que sean consistentes con el sistema económico capitalista y la supresión de marcos de referencia alternativos que puedan amenazar al sistema.

Como se ha reconocido, el enfoque centrado en la enfermedad ha reducido el nivel de análisis al estudio del organismo individual y, de manera con frecuencia inapropiada, ha estimulado la búsqueda de un origen unifactorial más bien que multifactorial. Recientemente el análisis que subraya la importancia del "estilo de vida" individual como causa de enfermedad, ha recibido una atención prominente de parte de las oficinas estatales en los EE.UU. y el Canadá. Ciertamente, las diferencias individuales en los hábitos personales afectan la salud en todas las sociedades; pero, el argumento del estilo de vida oscurece quizás más que el énfasis que se ponía antes sobre la causa específica, fuentes importantes de enfermedad e incapacidad existentes en el proceso de trabajo capitalista y en el ambiente industrial; también pone la responsabilidad de la salud directamente en el individuo, en lugar de buscar soluciones colectivas a los problemas de salud.

La intervención estatal tiene ciertos límites estructurales; resumidos de manera simplista, la restringen al desarrollo de políticas y programas que no entren en conflicto de manera fundamental con los procesos económicos capitalistas basados en

la ganancia privada o con los intereses concretos de la clase capitalista durante períodos históricos específicos.

Los mecanismos de "selección negativa", son formas de intervención estatal que excluyen innovaciones o actividades que contrarían al sistema capitalista. El Estado también puede usar mecanismos de "selección positiva" que promueven y patrocinan políticas que fortalecen el sistema de empresa privada y los intereses de capital.

IDEOLOGIA MEDICA: La ideología es un conjunto de ideas y doctrinas entrelazadas que forman la perspectiva propia de un grupo social. Marx introdujo una distinción entre dos niveles de estructura social: "la infraestructura" o "base económica", que comprende las relaciones concretas de la producción económica; la clase social determinada por la propiedad o control de los medios de producción, o ambos, es la característica primordial de la infraestructura. Por otro lado, la "superestructura" incluye las instituciones gubernamentales y legales y las ideologías dominantes de un período histórico. Los eventos de la historia en la perspectiva marxista, emergen principalmente de fuerzas económicas; esta "determinación económica" da una primacía causal a la esfera de producción y al conflicto de clase. En consecuencia, la infraestructura económica determina generalmente las características específicas de la supraestructura. La ideología y otras partes de la supraestructura ayudan, sin embargo, a mantener y reproducir las relaciones sociales de producción y especialmente los patrones de dominación.

De acuerdo con este principio ideológico, la ciencia médica incluye un cuerpo de conocimientos avanzado y de estándares de excelencia, tanto en investigación como en la práctica. Como el conocimiento científico es esotérico, un grupo de profesionales tiende a mantener posesiones elitistas y como

la gente común carece de este conocimiento, depende de los profesionales para interpretar la información médica. Por lo tanto, el sistema de salud reproduce los patrones de dominación por "expertos" que hacen decisiones en el lugar de trabajo, el gobierno y en muchas otras áreas de la vida social.

Una de las características del imperialismo es la extracción de materias primas y capital humano de las naciones del Tercer Mundo hacia los países económicamente dominantes. Navarro ha analizado como el "subdesarrollo de la salud" en el Tercer Mundo; es la consecuencia inevitable de esa pérdida de los recursos humanos y naturales; la extracción de la riqueza limita la capacidad de los países subdesarrollados para elaborar sistemas de salud efectivos.

El imperialismo refuerza las relaciones internacionales de clase y la medicina contribuyen a ese fenómeno. Como en los Estados Unidos, los profesionales médicos del Tercer Mundo usualmente provienen de las familias de más altos ingresos que, aun cuando no lo admiten, ven la medicina como un vehículo de ascenso. La posición de clase de los profesionales en salud los ha hecho resistir un cambio social que pudiera amenazar la estructura de clase existente, tanto nacional como internacionalmente.

Con frecuencia, el imperialismo ha implicado conquista militar directa; recientemente los trabajadores de salud han asumido papeles militares o paramilitares en Indochina y Africa del Norte. También las instituciones de salud han participado como base de operaciones de contra insurgencia e inteligencia en América Latina y Asia.

El socialismo puede producir modificaciones importantes en la organización del sistema de salud, de la nutrición, salubridad, vivienda y otros servicios. Estos cambios pueden lle-

var, a través de una serie a veces compleja de hechos, notables mejoras de salud. Las tendencias de la morbilidad y la mortalidad después de las revoluciones socialistas en países como Cuba y China son ya bien conocidas. En cada caso, la transición al socialismo ha dado por resultado una reorganización del sistema de salud que pone énfasis en una mejor distribución de los servicios y del personal de atención de la salud.

La epidemiología materialista histórica es un campo que está creciendo rápidamente en los estudios marxistas de la atención de salud. Sus antecedentes derivan de la investigación clásica de Engels, Virchow y la escuela de medicina social del Siglo XIX en Europa. Simplemente definida, la epidemiología materialista histórica relaciona los patrones de muerte y enfermedad a las estructuras políticas, económicas y sociales de la sociedad; pone énfasis en los patrones históricos cambiantes de la enfermedad y las circunstancias materiales específicas en las cuales vive y trabaja la gente. Estos estudios tratan de trascender el nivel individual de análisis para encontrar cómo fuerzas sociales históricas determinan por lo menos en parte, la salud y la enfermedad.

Hay considerable evidencia que indica que la incidencia y prevalencia de la enfermedad mental sigue muy de cerca los períodos de crecimiento o recepción económica. Las relaciones son complejas y difieren con la clase social. Estudios recientes también han relacionado los ciclos económicos, particularmente aquellos que implican las variaciones crecientes o decrecientes de la posibilidad de encontrar empleo, con las tendencias generales de mortalidad y morbilidad entre las diferentes clases sociales y grupos etarios.

Los índices de hipertensión, por ejemplo, han aumentado consistentemente con la desorganización de las comunidades sociales estables y una organización del trabajo que está je-

rárquicamente controlada y bajo presión del tiempo. Estas observaciones se hacen en países que han seguido las líneas capitalistas de desarrollo y en países socialistas que se han industrializado rápidamente.

Los estudios marxistas sobre salud ocupacional subrayan las contradicciones y las condiciones de mejor salud en las industrias capitalistas. Por otro lado, las observaciones acerca de las medidas de salud ocupacional en los países socialistas han demostrado que es posible una rápida mejoría cuando la ganancia privada es eliminada como un incentivo negativo al cambio.

Las experiencias diferentes del trabajo del hombre y la mujer tienen relación con sus índices de mortalidad y con su posibilidad de vida. Históricamente, el uso de los servicios de salud por las mujeres y las actitudes de los médicos hacia las mujeres con problemas de salud han dependido grandemente de las posiciones de clases de la mujer.

Los trabajadores en salud no pueden negar sus servicios al paciente aun cuando estos servicios permitan que el paciente continúe participando en la estructura social que genera la enfermedad. Los problemas tienen con frecuencia raíces en el sistema social; abundan los ejemplos: los drogadictos y alcohólicos que prefieren la obnubilación al dolor del desempleo y de la vivienda inadecuada; las personas con enfermedades ocupacionales que requieren tratamiento, pero que empeoran cuando regresan a las condiciones de trabajo generadoras de enfermedad; las personas con enfermedad cardiovascular relacionadas con la tensión, las personas ancianas o inválidas que necesitan certificaciones médicas periódicas para obtener la ayuda sumamente inadecuada de la beneficencia; los prisioneros que desarrollan enfermedades por las condiciones de la prisión.

Cuando existen condiciones sociales presivas las reformas para mejorar parecen razonables; sin embargo, la historia de las reformas de los países capitalistas han demostrado que esas reformas siguen, con más frecuencia, a la protesta social, producen mejoras por incremento, no cambian los patrones generales de opresión y sufren recortes cuando cesa la protesta. Las reformas reformistas no podrán cambiar la estructura global del sistema de salud en ninguna forma básica; por ejemplo, el seguro nacional de salud producirá cambios principalmente en el financiamiento y no en la organización del sistema de salud. Esta reforma podrá reducir las crisis financieras de algunos pacientes ayudándolos con el pago de los profesionales de salud y hospitales; pero hará muy poco para controlar la ganancia de las industrias médicas o para corregir los problemas de mala distribución de servicios y personal de salud.

ANÁLISIS DEL PROBLEMA

El Dr. Jaime Breilh, en su documento "Bases para un Conocimiento de la Salud y Enfermedad", indica los principios científicos para el estudio de la salud y enfermedad, indicando las formas en que el hombre ha interpretado los fenómenos de la naturaleza y entre ellos los fenómenos biológicos, han cambiado continuamente. Este proceso de evolución del pensamiento, se caracteriza por la contradicción entre el desarrollo de las ideas y métodos que reflejan objetivamente la realidad, por surgir de experiencias concretas de acción sobre la naturaleza, y aquellas que para estudiarlas ha recurrido a explicaciones sobrenaturales y subjetivas a base de teorización, de la abstracción pura.

En cada período de la historia y como consecuencia de las formas de organización económico-social de los pueblos, las ideas sobre salud, los métodos terapéuticos, se han visto influidos por estas dos tendencias, cuya importancia relativa ha dependido del grado de desarrollo de la humanidad: en épocas anteriores, el bajo desarrollo de los medios o instrumentos de los que el hombre dispuso para transformar la naturaleza, limitó su conocimiento sobre la misma. Esta limitación tuvo que ser suplida por explicaciones subjetivas, primero mágicas y luego religiosas. Por tanto, en ideas como las de salud y enfermedad, se reflejó ese predominio de contenidos mágico-religiosos y metafísicos (estatizantes), mientras que las interpretaciones objetivas, de fenómenos reales eran rudimentarias; en períodos posteriores, los ingredientes mágico-religiosos y metafísicos han ido perdiendo terreno, toda vez que la ciencia (estadio superior del conocimiento), producto de las enseñanzas cada vez más perfectas emanadas de la producción, fue dejando insubsistentes las explicaciones no científicas.

Pero el avance de las investigaciones e interpretaciones científicas y el retroceso paulatino de las explicaciones no-científicas no se dá de un solo golpe, la contradicción se desarrolla paulatinamente de tal forma que en nuestra sociedad, las concepciones y métodos de investigación biológicas, por ejemplo, aún mantienen contenidos no científicos formados históricamente.

El Dr. Breilh continúa analizando el problema, indicando que el estudio de la salud humana debe partir del análisis de dos aspectos fundamentales:

1. Las leyes que determinan el origen, características básicas y las relaciones entre los diferentes seres de la naturaleza (Leyes del Movimiento de la Materia), sólo así podremos ubicar al hombre, determinar sus características esenciales (o contradicciones particulares), definir su origen, diferenciando de otras formas de vida animal, entender las causas de los cambios que ha experimentado como ente orgánico, y en último término, podremos establecer sus estados de salud y de enfermedad.

2. Las leyes que interpretan el desarrollo del hombre en sociedad (Leyes de la Vida Social). Esto para poder profundizar en el análisis de las características de las diferentes sociedades humanas que han aparecido, así como su estructura fundamental; las relaciones entre los hombres; las ideas e instituciones de cada período, sobre todo las relacionadas con la salud.

Con respecto al Movimiento de la Materia, coloca como puntos básicos las tres grandes esferas de la realidad: lo inorgánico, lo orgánico, y la vida social y conciencia de los hombres que viene a constituir formas de materia en movimiento, cada una incluye formas más complejas que la anterior. Esto

que denominamos movimiento de la materia no es más que el permanente cambio que experimenta, gracias a que contiene elementos internos que se encuentran en contradicción permanente, y de esa lucha de contrarios resulta el cambio. También las cosas y fenómenos naturales mantienen contradicciones con elementos externos, que igualmente suscitan cambios. Por tanto, no lo inorgánico, ni la vida social de los hombres son estáticos, se hallan en permanente transformación en sí mismas y de unas a otras.

Continúa el Dr. Breilh haciendo relación de Causa-Efecto, indicando que todo efecto o acción tiene una causa que lo origina. Para que la causa origine un efecto hacen falta ciertas condiciones. Estas últimas no pueden por sí solas originar el efecto, pero son necesarias para que se produzcan.

Finalmente, puede haber un motivo desencadenante o impulsor para que se manifiesten las causas verdaderas.

Al analizar las causas de las enfermedades, la medicina burguesa, con su visión biologista y metafísica (que aísla la vida orgánica de la vida social), confunde los motivos y condiciones desencadenantes con las causas verdaderas de las enfermedades.

La naturaleza, continúa explicando el Dr. Breilh, es un todo único cuyas partes interactúan entre sí. Una causa con su efecto no existen aislados porque cada efecto es a la vez causa de un nuevo fenómeno.

Si las causas y efectos están inter-actuando unos con otros, entonces es necesario que surjan y se desarrollen ciertos fenómenos, que en las condiciones dadas no pueden dejar de producirse. Esto posibilita el establecimiento de leyes. Con este principio queda negada la tesis de causalidad o azar absoluto, afirma el Dr. Breilh.

El Dr. Jaime Breilh, esquematiza las Formas de Movimiento de la Materia y sus Contradicciones, con el siguiente esquema:

Movimiento Inorgánico	Movimiento Orgánico	Movimiento Social y de Conciencia
<u>Movimiento Físico:</u>		<u>Correspondencia:</u>
Mov. mecánico: acción=reacción	Metabolismo: asimila- ción-desasimilación	Grado de desarrollo de las fuerzas productivas=grado de desarrollo de las relaciones de producción
M. electromagnético: electric. + -electrici- dad=atracción=repulsión	Crecimiento: formación celular=muerte celular constituc. de formas celu- lares=destrucción de for- mas acelulares	Relaciones de producción:
<u>Movimiento Químico:</u>	Reproducción: proge- ni=for=producto	Propiedad = no propiedad Capitalista=Obrero=Terrateniente = Campesino
combinación=disociación	Desarrollo: continuidad= diferenciación=homege- neidad=heterogeneidad	<u>Producción:</u>
	<u>Movimiento:</u> contracción=relajación	Trabajo = consumo individual
	Irritabilidad: excitación=inhibición integración=desintegración	<u>Conciencia:</u>
		Conciencia científica = alienación

Con respecto a las Leyes de la vida social, indica el Dr. Breilh, que es el hombre el primer animal, que por las características de sus manos y la posición erecta que los libera de la función de locomoción, logra transformar la naturaleza mediante el trabajo y logra desarrollar instrumentos que le permiten perfeccionar cada vez más su labor de transformación. Este fenómeno posibilitó a su vez el que se desarrolle su cerebro y surja de ese modo la capacidad de dicho órgano de reflejar la realidad mediante la conciencia.

Por consiguiente, el trabajo consciente de transformación de la naturaleza es lo que le da su especificidad al hombre y le confiere a la vida humana un carácter esencialmente social.

El Dr. Breilh expone en breves puntos las leyes que permiten estudiar la vida de las sociedades:

A- La base de la vida de la sociedad es la producción de bienes materiales.

B- Los hombres no producen individualmente sino juntos, en sociedades por tanto, el hombre es en cualquier circunstancia, un ser social.

C- Para producir, los hombres establecen relaciones y el conjunto de ellas forman la estructura económica, una de cuyas manifestaciones son las clases sociales antagónicas (sociedad heterogénea).

D- La estructura económica es la base real que determina la existencia de una superestructura, formada por la ideología (conjunto de ideas, cultura) y la organización jurídico-política. Las clases sociales fundamentales (trabajadores y burguesía, terratenientes y campesinos) son antagónicas porque man- tienen intereses opuestos con respecto a la producción. Eso de-

termina que en la superestructura se den también elementos contradictorios.

E- En las sociedades coexisten diferentes modos y relaciones de producción que conforman una totalidad social concreta, históricamente determinada y que se denomina formación social. Uno de los modos es predominante.

En base a los principios anteriores que expone el Dr. Breilh se pueden establecer las contradicciones particulares del hombre; de ellas la contradicción principal; las relaciones entre unas y otras, para luego deducir los elementos de la salud y la enfermedad.

A continuación presentaremos los siguientes cuadros con los que el Dr. Breilh explica las Contradicciones del Hombre y sus Relaciones:

CONTRADICCION PRIN- CIPAL	CONTRADICCIONES SECUNDARIAS	FORMA DE CONDICIONAMIENTO DE LO SOCIAL A LO ORGANICO
VIDA SOCIAL	VIDA ORGANICA	1. Papel en la producción
Relaciones de Producción	Metabólicas	a. Consumo energético.
Propiedad - no propiedad	A su vez relacionadas con las otras contradicciones orgánicas de:	b. Posibilidad de descanso y recreación.
Explotadores - explotados		c. Exposición a una intensidad y tipo de sensaciones.
Clases dominantes - clases dominadas		d. Exposición a factores nocivos en el trabajo.
		e. Grado de exposición a O ₂ , luz.
		2. Acceso a nutrientes
		a. Grado de oxigenación y acceso al agua.
		b. Características de ración alimenticia.
		c. Tipo de ambiente para la compra e ingesta de alimentos.
		3. Tipo de vivienda y medio
		a. Grado de exposición a O ₂ y luz y ruidos.

CONTRADICCION PRIN- CONTRADICCIONES FORMA DE CONDICIONAMIENTO DE
CIPAL SECUNDARIAS LO SOCIAL A LO ORGANICO

b. Relación espacio-población y condición de distribución del espacio.

4. Tipo de vestido

a. Grado de protección a factores nocivos inorgánicos y orgánicos.

b. Adecuación con respecto a requisitos de asimilación y eliminación.

5. Tipo de medios de movilización

CONTRADICCION PRIN- CONTRADICCIONES FORMA DE CONDICIONAMIENTO DE
CIPAL SECUNDARIAS LO SOCIAL A LO MENTAL

1. Grado de desarrollo de la producción porque determina la práctica social.

2. Tipo de trabajo

a. Relación trabajador-producto, ej.: obrero hace, materializa productos extraños y hostiles.

b. Relación trabajador con su actividad productiva; ej. obrero hace una actividad que le es ajena, su auto-enajenación.

c. Relación hombre-especie; ej. el obrero se aleja de los fines esenciales de su especie, y los convierte en medios individuales de supervivencia.

d. Relación hombre - hombre: ej. el obrero acepta por los factores anteriores entregarse, subyugarse ante el propietario.

3. Predominio del desarrollo y transmisión de ideas de las clases dominantes por la capacitación de recintos y medios.
4. Manipulación de los medios de creación y deporte.

Concluye el Dr. Jaime Breilh, indicando:

1. Si la particularidad específica del ser humano es su Vida Social, basada en la aplicación de su fuerza de trabajo, que le ha permitido desarrollar una Vida de Conciencia o Mental, determinándola, así como su Vida Orgánica, entonces el elemento esencial de la salud humana es su aspecto Social. A diferencia de la salud animal en general, la Salud Humana es esencialmente socio-mental.

2. No son aceptables las definiciones de Salud y Enfermedad que incluyen sólo elementos biológicos y aquellas que los consideran como aspectos estáticos de un contexto social históricamente determinado.

3. Las influencias del pensamiento positivista y del pragmatismo, sobre todo norteamericanos, con su marcada tendencia a investigar y actuar sobre las minucias de los organismos, descuidando los factores causales de fondo, han creado un falso sentido de lo que es la "profundidad de estudios". Se atribuye erróneamente el carácter de profundo a lo que penetra en el detalle, cuando la verdadera profundidad se consigue cuando se parte de planteamientos e hipótesis correctas que son aquellas que reconocen la profunda concatenación en la sociedad humana de los fenómenos sociales, los de conciencia, o los de vida mental y los orgánicos.

Por otro lado, el Dr. Hesio de Albuquerque Cordeiro y Colaboradores, al analizar el problema, pone de relieve las incorporaciones de lo "social" en la explicación de la enfermedad. El problema teórico central es el de la articulación entre los campos de la epidemiología, de la biología y de las ciencias sociales, en la medida en que se pueda contribuir a un conocimiento cada vez más adecuado del fenómeno "salud-enfermedad".

Identifica el surgimiento de lo social en la explicación de la enfermedad a partir de las técnicas de disminución de la mortalidad y morbilidad que se desenvuelven en las formaciones sociales europeas en el período del mercantilismo, principalmente a partir de la segunda mitad del siglo XVIII. La incorporación de lo social se hace con base en categorías ocupacionales de la distribución urbano-rural de la población, de las variables demográficas y de la descripción de las condiciones de trabajo, teniendo en cuenta, en forma concomitante, o un mayor control del Estado sobre la dinámica de la población, como forma de fortalecimiento del Estado-nación o la denuncia y la lucha política para la superación de las malas condiciones de trabajo, la pobreza y la desorganización del espacio urbano.

Así continúa explicando en este momento lo "Social", significa condiciones ambientales sociales y económicas. La enfermedad es determinada por las condiciones ambientales insalubres como emanaciones pútridas, miasmas, ausencia de saneamiento y por condiciones de trabajo desfavorables, como son las jornadas prolongadas de trabajo, la incorporación de mujeres y niños como fuerza de trabajo al ambiente insalubre en el trabajo, etcétera.

La enfermedad y, en particular, las epidemias, son también consecuencia de la desorganización social, de los patrones no dominados de vida de los proletarios, de los excesos y hábitos desordenados, de los momentos de conflicto social. Este es el campo de acción de la medicina de Estado (estados germánicos), de la salud pública (Inglaterra) o de la medicina del espacio urbano (Francia), donde les competía domesticar y controlar las poblaciones obreras, los vagabundos y los miserables, a través de un control creciente de cada dimensión de sus vidas escudriñando, registrando sus cuerpos y enfermedades.

Ya en la segunda mitad del siglo XIX continúa su explicación, la enfermedad pasa a ser, hegemónicamente, de carácter biológico y unicausal. Es la teoría microbiana de la enfermedad, la que permite identificar un agente específico que produce una determinada enfermedad. Así que ya no es necesario preocuparse de lo "social", una vez que surge una explicación científica que demuestre la existencia de los agentes microbianos implicados en la causa de la enfermedad.

También son de finales del siglo XIX y principios del XX las concepciones y prácticas eugénicas que acompañan el surgimiento del concepto de "predisposición genética", abarcando desde las diferencias de susceptibilidad a los agentes microbianos hasta la enfermedad mental y la criminalidad.

El retorno de lo "social" va a tener como marco de referencia, afirma el Dr. de Albuquerque, la patología social de Grotjan en Europa. En los Estados Unidos de América, a partir de la segunda década, según Gordon y colaboradores, tiene lugar una expansión de las investigaciones epidemiológicas que incorporan las variables sociales, comprendidas como "nivel socio económico". El concepto es operado por indicadores de ingreso familiar, nivel educativo y ocupacional y por lugar de residencia. La determinación de la enfermedad es directa entre lo "económico y lo biológico". Se deben agregar a estos modelos, explicaciones multicausales de tipo agente-medio-huésped, que llevan consigo la interacción de factores relativos a los tres elementos del modelo.

Surgen por tanto, orientaciones de tipo ecológico donde el "ambiente" es al mismo tiempo físico y social, y orientaciones psicosociales y culturales que procuran demostrar la acción sobre el huésped de otras dimensiones sociales y no las del ámbito económico.

Debe entenderse que no existe una secuencia lineal de desarrollo de estos modelos y orientaciones. Hay coexistencia, concomitancia y en ocasiones hegemonía de uno sobre los demás, articulándose a su vez con un conjunto de prácticas hegemónicas en el campo de la salud.

El concepto fundamental y común a las explicaciones de este orden es el concepto epidemiológico de riesgo, que permite identificar grupos de población con probabilidades diferentes de enfermar o morir. La asociación de factores etiológicos como eventos (muertes-enfermedades) permite generar explicaciones de naturaleza causal, de tipo dosis-respuesta (variaciones cuantitativas de los agentes causales producen variaciones cuantitativas en los efectos provocados) y de sucesión temporal (la causa siempre precede al efecto); además la causa es considerada en el orden pragmático de las cosas. El factor identificado es susceptible de manipulación o remoción para prevenir determinada enfermedad o condición.

Esto coloca, por lo tanto, a la epidemiología en una determinada forma de estudiar la enfermedad, que encierra una "teoría de la enfermedad" orientada a fundamentar las prácticas de salud con el objetivo de reducir los niveles de la enfermedad.

La suposición del empirismo epidemiológico puede ocultar en la realidad la existencia de un subjetivismo e idealismo que valorizan a priori los factores causales como universales con existencia independiente de las situaciones y de los individuos concretos sobre los cuales actúan (en general del "exterior" hacia el "interior"), provocando la enfermedad. La enfermedad, en este caso es una abstracción, como abstractas son las poblaciones expuestas a riesgos diversos. Por lo tanto, la incorporación de lo "social" a la epidemiología ha implicado en su identificación ser el "agente externo" que actúa sobre el plano biológico.

Las principales orientaciones en las investigaciones sobre "Producción y Distribución de la Enfermedad", según el Dr. de Albuquerque, son:

Estudios Socio-Económicos: Analizando los trabajos que utilizan el análisis de correlación entre indicadores socio-económicos e indicadores del nivel de salud, particularmente las tasas de mortalidad. Los indicadores socio-económicos son básicamente ingreso familiar, nivel ocupacional, nivel educacional y distribución de la población en urbano-rural.

Algunas de estas investigaciones presentan hipótesis sobre el efecto del cambio de las condiciones socio-económicas sobre el nivel de salud de las poblaciones referidas, atribuyendo un peso mayor a tales factores que a las medidas de atención a la salud.

Estudios Psico-Sociales y Culturales: En esta categoría se sitúa la mayor parte de las investigaciones actuales sobre los factores sociales en la producción y en la percepción y definición de la enfermedad, particularmente en los países anglosajones.

El concepto central utilizado es el de Stress Social, entendido como incongruencia y no como adaptación de los individuos a determinadas condiciones sociales, tales como "cambio cultural rápido" (migraciones, industrializaciones aceleradas), "aislamiento social" (minorías sociales, vejez), pobreza y falta de integración social.

Se pretende identificar condiciones "stresoras" que determinen enfermedades o condiciones específicas. De acuerdo con Cassel, estas condiciones se asocian a un conjunto más o menos amplio de situaciones, por ejemplo, el "aislamiento social" puede provocar alcoholismo, suicidio, esquizofrenia, tuberculosis, reducción de la esperanza de vida, etcétera.

Estudios Históricos y Estructurales (epidemiología estructural como alternativa a la epidemiología social): La orientación histórica y estructural permite establecer las cadenas económicas de las crisis con el sistema de explotación colonial y de dependencia del mercado externo, donde radican los factores explicativos de dichas crisis. La ocurrencia de "epidemias" de hambre, miseria, delincuencia, etcétera, se asocia temporalmente a las crisis agrícolas. Se nota la preocupación por apuntar qué enfermedades están asociadas a las crisis y mediadas por la falta de alimentos, y las que no están vinculadas, aun cuando el estudio esté basado en informaciones no sólidas.

Aunque tenga prioridad el nivel económico en el análisis, los nexos con las epidemias tienen coherencia lógica al considerarse el problema de la desnutrición, que acomete en grado distinto los diversos grupos sociales, de acuerdo con las relaciones que mantienen con los medios de producción (conforme con las formas de propiedad agrícola, formas de salarios, desempleo estructural, etcétera).

Además de las epidemias son consideradas, en las instancias política e ideológica, como un proceso de aniquilamiento del oprimido, camuflado en el orden de la naturaleza. Las epidemias, así como la muerte por condena legal del delincuente, están legitimadas por un Estado impotente para la resolución pacífica de los conflictos de clase. Representan acontecimientos pedagógicos que tienen como objetivo la continuidad de la sumisión.

Otra tentativa de este orden es la de Laurell y Colaboradores, al intentar identificar la unidad contradictoria del proceso de internalización del modo de producción capitalista, es la formación social mexicana, y sus nexos con la producción y distribución de la enfermedad. En este caso, un estudio sincrónico, donde en determinados momentos de esta formación social

se investigan las posibles relaciones entre las modificaciones de las relaciones de producción con la pérdida de la posesión de la tierra y la proletarización, así como la sustitución de la economía de subsistencia por la del mercado, destinada al consumo de grupos sociales dominantes, y el riesgo de enfermar.

Estudios sobre los conceptos de Salud, Enfermedad y Causalidad: El debate sobre los conceptos de salud, enfermedad y causalidad está presente en todos los temas analizados. Como variables pueden situarse alternativas que suponen un determinismo económico centrado en las proposiciones bastante vagas y generales de la relación entre el papel de las relaciones de producción, el desarrollo de las fuerzas productivas y la distribución de la enfermedad por clase social.

Los trabajos inspirados en Engels (Dialéctica de la Naturaleza) que proponen la existencia de contradicciones entre lo biológico como materia en movimiento. Los trabajos analizados que tratan esta perspectiva no logran desarrollar una dimensión más explicativa del fenómeno salud-enfermedad, suponiendo que esto se debe, en gran parte, al grado de generalidad de los estudios y a su no confrontación con situaciones concretas de investigación de la enfermedad formulada a partir de esta concepción.

Se sugiere también que en las formaciones sociales capitalistas la Salud es una contradicción entre las dimensiones vivencial y funcional del fenómeno. Una definición normativa de salud sería la del equilibrio entre ambas dimensiones: un individuo está con salud cuando su experiencia de bienestar coincide con la capacidad de desempeño de sus funciones sociales.

Kelman analiza lo anterior diciendo: "La superación de las contradicciones sociales y la desalienación del hombre permitiría alcanzar este estado de equilibrio."

Gaglio hace la crítica de las variables ligadas a la persona, ambiente y lugar. La biotipología es un privilegio ideológico de un hombre abstracto ahistórico. Esta visión lleva consigo la contradicción entre la ideología positivista burguesa (libertad de acción) y el carácter del individuo como predispuesto y sujeto a un destino fatal, sugiriendo una "dignidad diferente" frente a la enfermedad.

Los factores ambientales deben ser igualmente revisados. La familia, por ejemplo, debe ser considerada como un microcosmo educacional de reproducción de las relaciones de producción (autoritarismo, juicios de valor al colocar en primer lugar el orden y la propiedad, cooperación estricta, represión individual), generadora de trazos ansiogénicos.

Las condiciones de trabajo dentro de una fábrica son aprendidas dentro de un contexto de "alienación del trabajo", donde los gastos repetitivos y la parcialización de las operaciones conducen a la atomización de la persona, a la despersonalización y la desadaptación, agudizados por la competencia entre los compañeros de trabajo.

El ritmo y el tiempo de trabajo conducen a la fatiga, la tensión de estar vigilando lleva a estados periódicos de torpeza psíquica, configurando todo un estado de sobre tensión emocional. La interacción entre sobre tensión emocional - desadaptación y las relaciones autoritarias configuran un mecanismo de explotación global.

De la misma forma son analizados otros factores, como la habitación, el tiempo libre y los factores culturales, y se destacan sus funciones en la manutención de las condiciones de alienación.

Por otro lado, Win Diercksens, estudia el problema de la

Salud, o en otras palabras, el de la conservación de la fuerza de trabajo fuera del contexto de la reproducción de la fuerza de trabajo como una problemática más amplia y esta última no puede comprenderse tampoco con independencia de la reproducción del capital.

Explica "El Origen del Capitalismo y la Desintegración de la Familia", en los siguientes términos: La Revolución Industrial, el período de tránsito de la producción manufacturera a la producción mecanizada, significa definitivamente la ruina de grandes masas de artesanos y campesinos que no pueden competir en el desarrollo económico desigual que caracteriza la época, condenándolos, como ejército de reserva, a la separación de sus medios de producción. Bajo el régimen de competencia, cada empresario intenta acaparar una parte del mercado que sea la más amplia posible. Pero, para conseguirlo tiene que bajar los precios. Y no hay más que un medio de bajar los precios de costos, el valor de las mercancías, abreviar el tiempo de trabajo socialmente necesario para producirlas, producir más mercancías en un mismo período de tiempo. Bajar los costos de producción, o sea, reducir a un mínimo el trabajo pagado para poder apropiarse la mayor plusvalía posible; ésta es la esencia del capitalismo.

Al continuar su explicación, cita a Marx: La gran producción de plusvalía y la baratura de los artículos provenían y provienen casi con exclusividad del mínimo salario que se paga, apenas suficiente para permitir vegetar, junto con el máximo de tiempo de trabajo que el hombre pueda soportar. Pero llegó el momento, en que la base fundamental del antiguo método, la explotación simplista del material humano, acompañada por una división del trabajo más o menos desarrollada, no resultó ya suficiente para la expansión del mercado y la competencia de los capitalistas que crecían con mayor rapidez aún. Si la máquina es el medio más poderoso para acrecentar la pro-

ductividad del trabajo, es decir, para cortar el tiempo necesario para la producción de mercancías, se convierte en manos del capital. Es el medio más potente para prolongar el día de trabajo más allá de todos los límites establecidos por la naturaleza humana.

Con la ayuda de la fuerza mecánica, se destruye el monopolio de los obreros masculinos en las tareas difíciles. La mano de obra masculina relativamente cara se ve sustituida por la mano de obra más barata, mediante la absorción de fuerza de trabajo femenina e infantil. Al hacer superflua la fuerza muscular la máquina permite emplear obreros de escasa musculatura. Cuando el capital se adueña de la máquina, pidió a gritos: Trabajo de mujeres, Trabajo de niños.

Con respecto a la Desintegración de la Familia y la Destrucción de la Fuerza de Trabajo, se explica en la forma siguiente: El trabajo femenino, el trabajo nocturno y la consecuente proporción creciente de mujeres que no se casan muy tarde, no dejarán de tener sus efectos para la vida familiar. C. Bloch señala que el gran número de niños encontrados fue una de las plagas del siglo XVIII y ve para ello tres causas principales: la miseria, la situación de los hijos naturales y de las madres adolescentes y solteras (el vivero de las madres solteras eran las obreras y las sirvientas) y la gran facilidad de los abandonos.

La producción capitalista, que en esencia es producción de plusvalía y absorción de trabajo extraordinario, no sólo provoca, por la prolongación de la jornada que impone, el deterioro de la fuerza de trabajo del hombre (al privarla de sus condiciones normales de funcionamiento y desarrollo), sino además engendra el agotamiento y la muerte precoz de dicha fuerza.

Cita además algunos datos importantes sobre la mortalidad durante el desarrollo del capitalismo. Wrigley descubrió que

en Colyton en Inglaterra, la esperanza de vida al nacer antes de 1600 era entre 41 y 46 años, entre 1625 y 1699 la vida media era sólo de 35 a 39 años y alrededor del año 1750 variaba de 38 a 41 años. Wrigley indica que la mortalidad creciente en el siglo XVII era fenómeno común para Inglaterra como un todo. El mismo Wrigley investigó que la mortalidad infantil antes de 1600 era de 120 a 140 por mil, incrementándose en la primera mitad del siglo XVIII alcanzando niveles de 162 a 203.

El sexto informe sobre la Salubridad Pública en Inglaterra con fecha 1864, en la página 34, señala el deterioro físico de los niños y los jóvenes, así como de las esposas de obreros. Habían en Inglaterra en 1864, 16 distritos donde la mortalidad infantil era menor al 9 por cien en 24 distritos era de 10 a 11 por cien; en 39 distritos de 11 a 12 por cien; en 48 distritos de 12 a 13 por cien; en 22 más de 23 por cien; en 4 más de 24 por cien; en 3 más de 25 por cien y en 2 más de 26 por cien (Wisebach y Manchester). El informe comunicaba que donde menor era la participación femenina en el trabajo, menor era también la mortalidad infantil.

La reproducción y conservación de la fuerza de trabajo a nivel familiar como una necesidad histórica, explica: la tendencial desaparición de la forma-no-valor hace disminuir las posibilidades de sustituir fuerza de trabajo destruida en el nexo capitalista por otra fuera de éste.

Las posibilidades de recurrir a la forma-no-valor en caso de desempleo disminuyen y con ello crece la fuerza del movimiento obrero en busca de mayor seguridad de trabajo para millones y millones de trabajadores. Al disminuir las posibilidades de reclutamiento de fuerza de trabajo en el nexo no capitalista con el fin de reponer la fuerza de trabajo destruida o desgastada, los capitalistas se ven obligados, en grado creciente, a garantizar la reproducción de las generaciones de los obre-

ros. En otras palabras, entre capitalistas nace el interés por la reproducción y conservación de la fuerza de trabajo de los obreros y de sus generaciones. En la medida en que la forma - no - valor desaparece, es necesario, entonces, la reproducción de la fuerza de trabajo a nivel familiar.

La creciente presión de la clase obrera durante la primera mitad del siglo XIX pudo haber logrado la introducción de una serie de leyes sobre el trabajo, pero no es sino hasta la generalización de la forma - valor a mediados del siglo pasado, cuando por un lado la burguesía comienza a tener interés en la adecuada reproducción de la fuerza de trabajo a nivel familiar y, cuando por el otro se incrementa el poder organizativo de la clase obrera, que dichas leyes comienzan a tener vigencia.

En 1833 fue prohibida la entrada a las fábricas de niños menores de 9 años, mientras la jornada de los niños de 9 a 13 años fue limitada a un máximo de 9 horas diarias. En 1842 una nueva ley prohibió el trabajo femenino en la industria textil. Con la ley en 1844 la jornada de 12 horas se generaliza en la industria textil. La intervención del Estado para inspeccionar las fábricas, adquiere desde los años 1844 y 1947, forma en la industria textil. En 1867 se extiende la legislación y la inspección sobre todos los sectores y con ella desaparecen las peores anomalías referentes al trabajo femenino e infantil.

Al analizar la Proletarización de la Clase Trabajadora y la necesidad de las políticas de Salud, es importante observar que Diercksens, estudia que con la predominancia de la forma - valor desde 1850, la reposición de la fuerza de trabajo es esencialmente, a nivel familiar.

Cita a Verstraelen, al referirse a la Educación: "Un mínimo de educación elevaría los costos de producción de la fuerza de trabajo pero eleva aún más la productividad del trabajo. La

educación, se hizo socialmente necesaria en esta fase del capitalismo. Con sorpresa se puede observar que en Inglaterra, 1844, la introducción de una ley que reglamentaba que los niños entre 8 y 13 años trabajarían 30 horas por semana y recibirían 15 horas de enseñanza. Esta ley llevó en última instancia a leyes de Educación de 1870 a 1876 que significaba la generalización de la enseñanza popular organizada por el Estado".

El capital humano es el activo más grande del pueblo, pero habitualmente se malgasta este "capital orgánico". El Estado siempre ha tratado desdeñosamente la Salud de nuestros niños y del pueblo en general.

Antes de 1850, los hospitales eran lugares para albergar a los pobres y mendigos con alguna enfermedad infecciosa y generalmente "incurable". Las condiciones higiénicas eran espantosas y los pacientes sólo podían salir de estos lugares fúnebres por la muerte. Las clases afortunadas solían recibir la atención médica a domicilio. Sin embargo, desde 1850 el hospital deja de ser un lugar para aislar a los pobres e indigentes, deja de ser una institución caritativa y se transforma en un centro de recuperación. Con la introducción de las leyes de Salud Pública de 1872 y 1875, el Estado inglés asumía la responsabilidad improductiva de cuidar la salud del pueblo. Un año después, en 1876, con la ley sobre la Vivienda, el Estado ha de preocuparse también de una vivienda popular más salubre.

Los intereses del capital no sólo pueden conducir al incremento en los niveles de mortalidad, como en la época orgiástica, sino puede causar también su descenso. Así, por ejemplo, parece que la epidemia de cólera de 1831-32 produjo gran preocupación entre las clases para establecer normas mínimas de salubridad en los barrios pobres de Londres. Hasta dichas fechas la higiene pública no había conocido gran progreso en las me-

trópolis. Durante la primera parte del siglo XVII, por ejemplo, los excrementos se arrojaban todavía desde las ventanas de las casas de las ciudades a la calle, aunque esta "suciedad nocturna" en los barrios acomodados "ya" era recogida por basureiros desde 1750, aproximadamente. El agua potable, introducida en Londres en el año 1740, tenía hasta 1850 su toma a pocos metros de la alcantarilla principal. Hasta 1850, cualquier disminución de la mortalidad parece no haber sido la consecuencia de los avances médicos. Es sólo a partir de esa fecha que la mortalidad por las epidemias comienza a bajar. Las enfermedades infecciosas eliminaban regularmente proporciones considerables de la población, paralizaron con igual frecuencia el proceso de acumulación de capital, y eran consideradas como verdaderas "pestes económicas". Nació la salud pública. El resultado de todo ello es el descenso gradual de la mortalidad.

Hasta aproximadamente 1870, Inglaterra literalmente había sido el taller del mundo. Exportaba sus productos industriales hacia todas partes del mundo y compraba en cambio productos agrícolas y materias primas. Mientras estos países periféricos fueran los mercados de venta para sus productos industriales y de compra para sus materias primas, Inglaterra no tenía que contar con una competencia digna de mención, en el caso que dichos territorios estuvieran bajo un régimen de libre cambio. Esto origina la diferenciación del proletariado y la producción de la fuerza de trabajo por fracción de clase.

De las tres potencias de Europa Occidental del siglo pasado (Gran Bretaña, Francia y Alemania), fue en Alemania donde se maduraron más tarde las condiciones favorables para el desarrollo industrial, pero tomó formas muy destacadas a finales del siglo XIX y comienzo de este siglo, continuando explicando Diercksens. Cuando al fin se vencieron en Alemania los obstáculos políticos del desarrollo capitalista, con la unión aduanera en 1834 y luego con la fundación de un solo estado en

1870, la vía para el capitalismo quedó libre. Después del período revolucionario de 1848, durante el cual también en Alemania existía una coalición entre la burguesía y la clase obrera, la burguesía industrial ya había podido consolidar el poder político hasta la década del setenta. Sin embargo, en Alemania faltaba la acumulación de capital en manos de los capitalistas individuales a la escala alcanzada en Inglaterra y necesaria para llevar a cabo la producción en las industrias inglesas altamente desarrolladas.

La concentración de importantes fondos disponibles se convierte desde entonces en el principal motor de la concentración industrial.

La concentración del capital se manifiesta en el hecho de que las grandes empresas agrupan una fracción cada vez más importante de la fuerza laboral industrial total, como puede apreciarse en el cuadro siguiente.

CONCENTRACION DE LA MANO DE OBRA. SEGUN EL TAMAÑO DE LAS EMPRESAS NO AGRICOLAS EN ALEMANIA 1882-1961.

Empresas:	1882	1895	1905	1925	1933	1950	1961
	%	%	%	%	%	%	%
de 0 a 10 asalariados	66	54	45	39	47	24	24
de 11 a 50 asalariados	12	16	18	19	14	29	16
de 51 a 200 asalariados	10	14	17	18	14	10	15
más de 200 asalariados	12	16	20	24	25	37	45

Fuente: MANDEL, Ernesto. "Tratado de Economía Marxista". Op. Cit. Tomo II, p. 13.

En el siguiente cuadro, Diercksens, relaciona cómo el grupo de gerentes y administradores ha crecido sin cesar desde 1910 para alcanzar el 10% de toda la fuerza laboral en 1967. La disminución absoluta de pequeños propietarios se ve mucho más que compensada por el crecimiento de este ejército de trabajadores improductivos en las empresas mayores. En términos relativos, el grupo que más crece es el de los trabajadores de cuello blanco. Los profesionales y técnicos que representaban en 1910 apenas el 4.7% de la fuerza laboral, se ven triplicados en su número relativo para el año 1967. Lo mismo puede decirse para los oficinistas. Los obreros calificados y los semicalificados crecieron ligeramente, mientras que los trabajadores manuales no calificados se ven reducidos hasta un tercio en poco más de medio siglo. Los servicios (no domésticos) más que se duplican en los EE.UU., durante el período descrito. El gran perdedor en este cuadro es el sector agrícola que pasa de 30% a menos de 5% en ese lapso.

EL CAMBIO DE LA ESTRUCTURA OCUPACIONAL DE LA FUERZA LABORAL EN LOS EE.UU. (1910-1967)

Grupo ocupacional	1910	1920	1930	1940	1950	1950	1967
	%	%	%	%	%	%	%
1. Gerentes, administradores, propietarios (campesinos excluidos)	6.6	6.6	7.4	7.3	8.8	8.5	10.1
2. Trabajadores:							
cuello blanco	14.1	18.3	22.0	23.8	27.7	33.8	36.0
—Profesionales y técnicos	4.7	5.4	6.8	7.5	8.5	11.4	13.3
—Oficinistas	5.3	0.0	8.9	9.6	12.3	15.0	16.6
—Comercio y contabilidad	4.7	4.9	6.3	6.7	6.9	7.4	6.1
3. Trabajadores:							
cuello azul	38.2	40.2	39.6	39.5	41.2	39.5	36.7
—Obreros calificados							
Jefes de cuadrilla	11.6	13.0	12.8	12.0	14.5	14.3	13.2
—Obrero semicalificado	14.6	15.6	15.8	18.4	20.9	19.7	18.7
—Obrero no calificado	12.9	11.6	11.0	9.4	6.8	5.5	4.8
4. Trabajadores de servicio:							
—Domésticas	9.6	7.8	9.8	11.8	10.3	11.7	12.5
—Otros servicios	5.0	3.3	4.1	4.7	2.5	2.8	2.4
—Otros servicios	4.6	4.5	5.7	7.1	7.8	8.9	10.1
5. Trabajadores del campo:							
—Proprietarios y gerentes	30.9	27.0	21.2	17.4	11.8	6.3	4.7
—Peones	16.5	1.5	12.4	10.4	7.5	3.9	2.6
—Peones	14.4	11.7	8.8	7.0	4.3	2.4	2.1
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Al referirse a la Reproducción de la Fuerza de Trabajo por fracción de clase pero siempre a nivel familiar, Diercksens, explica: Que al saber que el valor de la fuerza de trabajo mental, es superior al de la fuerza física, porque dentro del capitalismo, como principio, los trabajadores manuales reciben para (re) producirse como manuales y los trabajadores "intelectuales" ganan para (re) producirse como "intelectuales". El valor de la fuerza de trabajo manual no cubre los costos de formación mental de sus hijos. Su salario es simplemente demasiado reducido para que los obreros manuales puedan mandar a estudiar a sus hijos, por más inteligentes que estos últimos sean. Los hijos de los obreros "intelectuales", por el contrario, tendrán todas las facilidades a su disposición para formarse y más bien es excepcional su "descenso social", como puede apreciarse en el cuadro siguiente.

MOVILIDAD SOCIAL EN ROMA E INDIANAPOLIS

OCUPACION DEL HIJO	OCUPACION DEL PADRE					
	Roma:		1908		Indianápolis	
	No Manual	Manual	No Manual	Manual	No Manual	Manual
No manual	73	22	17	59	21	25
Manual	27	76	74	40	78	64
Rural	-	2	9	1	1	11

FUENTE: Lipset Seymour y Bendix Reinhard. "Movilidad Social en la Sociedad Industrial". Ed. Universitaria. Buenos Aires. 1969, p. 54.

Al analizar el Proceso de Proletarización en la Periferia y la Conservación de la Fuerza de Trabajo: Subdesarrollo y Salud. Diercksens, hace referencia al contexto histórico en que los Estados Latinoamericanos podían y debían buscar el capital financiero dentro de las propias fronteras mediante la nacionalización del Banco, la creación de los Seguros, etc., aparece también el Seguro Social. Sin embargo, el Seguro Social no sólo es un capital financiero, sino también un mecanismo de conservación de la fuerza de trabajo explotada. El interés por la conservación de la fuerza de trabajo por parte de los capitalistas aumenta en la medida en que se generalice la forma-valor y esta generalización aumenta la fuerza sindical al complicarse la sustitución de los obreros por otros.

Chile fue el primer país donde nació el Seguro Social (1923). Fue también el país donde la forma-valor ya estaba muy generalizada. No disponemos de datos más antiguos, pero ya en 1940 el 75% de la fuerza de trabajo chilena se encontraba bajo esta forma y en la minería (donde nació precisamente el seguro) incluso más del 95%. En el extremo norte del país y aislado del resto del mundo, estos obreros no eran fáciles de sustituir y su organización sindical, bajo el liderazgo del partido comunista (P. C.) ya temprano adquirió fuerza.

Situaciones semejantes se reproducen, continúa el autor, posteriormente en otros países latinoamericanos: en Venezuela en la zona petrolera, en Cuba en la "industria" azucarera, en los países centroamericanos en las zonas bananeras, etc. Los trabajadores de esos sectores están también en condiciones de detener el principal flujo de ingresos y divisas del país al usar ese poder de organización en forma concordante. En este contexto hay que comprender también por qué los obreros del sector transporte o comunicaciones siempre han sido unos de los primeros en obtener protección del sistema de seguridad social. Sus huelgas pues, pueden paralizar el país o la ciudad capital.

En los países latinoamericanos donde la forma-valor ya estaba bastante generalizada en los años treinta y con sistemas de seguridad social de relativa larga data (por ejemplo, Chile, Uruguay), la cobertura comúnmente se extiende a toda la población, pero existen diferentes grados y calidades de la protección según los diferentes segmentos de la fuerza de trabajo.

Hay otros países (México, Costa Rica, por ejemplo) en los cuales la forma-valor se ha desarrollado bastante, aunque con relativo atraso respecto a Chile y Uruguay. En 1960, el 6% de la fuerza de trabajo costarricense se encontraba bajo esa forma y el 64% de la mexicana. En estos países, el sistema de seguridad social ha comenzado a expandirse a áreas rurales, pero subsisten notables diferencias en cuanto a protección entre los segmentos de la fuerza de trabajo y las regiones geográficas.

Los costos del Seguro Social son cubiertos por todos los participantes, mientras que los beneficios los tendrán fundamentalmente las empresas mayores, o sea, las multinacionales. Las empresas extranjeras que vuelven su capital a América Latina, principalmente en la década de los sesenta —cuando se lanza precisamente la política de universalizar el seguro social— debido a las ganancias monopólicas, pueden pagar con mayor facilidad las cuotas del seguro y recibir más fácilmente los préstamos. Para muchas pequeñas empresas, las cuotas del seguro han significado el último golpe en la competencia.

La universalización del seguro social no sólo sirve como mecanismo para juntar capital-dinero, también es un instrumento burgués que debe restar fuerza a los movimientos sociales. La seguridad social es un elemento importante de la ideología de conciliación de clases. Pretende demostrar que la contradicción entre capital y trabajo se puede resolver sin cambios esenciales en las relaciones de producción. No por nada surge la seguridad social durante la gran crisis y en medio de

los movimientos sociales en América Latina. No por nada tampoco incorpora la Alianza para el Progreso, esa política en sus objetivos, después de la revolución Cubana.

Queda claro también que en aquellos países —donde, la forma-valor menos se ha desarrollado, el sistema de seguridad está más atrasado y la cobertura será más limitada—. La fuerza de trabajo que se encontraba, alrededor del año 1970, bajo la forma-valor era de 48% en El Salvador, 48% en Guatemala, 45% en Honduras y 58% en Nicaragua. Es también en estos países donde el régimen de seguridad social es relativamente nuevo y restringido.

LA MORTALIDAD EN DISTINTOS PAISES LATINOAMERICANOS SEGUN EL GRADO DE DESARROLLO DE LA FORMA-VALOR 1930 - 1970

	1930-34	1940-44	1950-54	1965-70	Esperanza de vida 1965-70
Forma-valor generalizada					
Argentina	12.2	10.5	8.8	8.7	67.4
Uruguay	11.5	10.3		9.0	69.2
Forma-valor desarrollada					
Costa Rica	21.5	17.4	10.7	7.4	65.1
Venezuela	21.9	18.8	12.3	7.8	63.7
México	26.7	21.8	15.4	8.9	62.4
Forma-valor "atrasada"					
Guatemala	31.7	28.5	23.4	15.1	50.9

Fuente: Sánchez-Albornos, "La población de América Latina".
Ob. Cit., pp. 218-219.

CONCLUSIONES

- 1a. Al tratar de explicar la conformación y el contenido de la praxis médica en base a la Estructura de Clase, esto no es suficiente. Es importante tomar en cuenta la actividad política desplegada por estas clases.
- 2a. Tratar de obtener la raíz de Servicios Médicos, en forma institucional, por entidades de beneficencia, personas altruistas, etc., un mejor estado de salud y mejoras en la sobrevivencia, los convierte en objeto de lucha reivindicativa de la clase dominada.
- 3a. Al analizar el proceso histórico de la división del trabajo podemos darnos cuenta que ha logrado que la medicina se convierta en una actividad especializada, olvidándose de sus propósitos primarios (curar la enfermedad, aliviar el sufrimiento); en cambio a los propósitos anteriores ha venido a producir bienes y subsistencia y otros beneficios para quienes la ejercen y planifican.
- 4a. Es necesario adoptar una política de descentralizamiento para ubicar el saber médico y lograr que la población pueda tener una participación activa en la resolución de sus actividades de Salud.
- 5a. El lograr programas de descentralización pueden convertirse en un nuevo enfoque de la "Medicina Comunitaria" logrando una práctica consciente que permitiría la formación de personal comunitario y médico, así como estudiantes dispuestos a comprometerse con la práctica de dichas acciones.

RECOMENDACIONES

Los problemas por los que atraviesa el estado de Salud o las condiciones de Salud en general del pueblo guatemalteco, resultan inoperantes y difíciles sino imposibles de separarlas de la crisis nacional que se ha gestado a lo largo de años de oprobio y opresión, y que ahora quizá, por el momento político que se está viviendo, entra en una fase decisiva en la que necesariamente se deberá encontrar una solución. Esa crisis es estructural, en la medida en que sus causas últimas estriban en la naturaleza misma del sistema capitalista y el manejo de los problemas de salud dentro de un sistema tal, no beneficia más que a una minoría de nuestro pueblo.

Son estas las razones por las que dentro de un sistema como el nuestro es bastante difícil encontrar las recomendaciones concretas para vislumbrar mejoras en nuestro sistema de Salud. Las recomendaciones las encontraríamos si lográramos cambios radicales en nuestro sistema socioeconómico, ya que como apuntamos anteriormente, los problemas de Salud no los podemos aislar de este contexto.

BIBLIOGRAFIA

1. Harnecker, Marta; Los Conceptos Elementales del Materialismo Histórico. 26 Ed. Siglo XXI Editores, S.A.
2. Harnecker, Marta; El Capital. Conceptos Fundamentales. 1a. Ed. Siglo XXI Editores, S.A.
3. Politzer, George; Cursos de Filosofía, Principios Elementales y Principios Fundamentales. 15a. Ed. Ediciones de Cultura Popular S.A.
4. Marx, Carlos; Engels, Federico; Manifiesto del Partido Comunista. 28a. Ed.
5. Lenin, V.I.; Fuentes y Partes Integrantes del Marxismo. 1a. Edición. Colección 70; Editorial Grijalbo, S.A. México, D.F.
6. Consuegra, José; El Control de la Natalidad como Arma del Imperialismo. 1a. Ed. Colección Problemas Latinoamericanos, Editorial Galerna.
7. Howar, Waitzkin, M.D.; Una Visión Marxista de la Atención Médica. Artículo reimpreso por Fase II; Facultad de Ciencias Médicas, USAC. Tomado de "Annals of Internal Medicine"; Volume 89; Number 2; August, 1978.
8. Albuquerque, Cordeiro; Tambellini, Ana María; y otros; Los Determinantes de la Producción y Distribución de la Enfermedad. Artículo reimpreso por Fase II, Facultad de Ciencias Médicas, USAC. Tomado de Rev. de Ciencias Políticas y Sociales, UNAM; Número 84; págs. 159-181.

9. Conti, Laura; Estructura Social y Medicina. Cuaderno de Ciencias de la Salud, CSUCA. 17 págs.
10. Laurell, Cristina; Algunos Problemas Teóricos y Conceptos de la Epidemiología Social; Rev. C. A. de Ciencias de la Salud; No. 6; Enero-Abril, 1977. Edit. Texto. Costa Rica. Págs. 79-88.
11. Navarro, Vicente; El Subdesarrollo de la Salud o la Salud del Subdesarrollo. Folleto mimeografiado, USAC, 11-VI-75; 33 págs.
12. Berlinguer, Giovanni; Colaboradores; Medicina y Sociedad. Reimpreso, Fac. de Ciencias Médicas, USAC. Tomado de Editorial Fonatanella, S. A. Barcelona, 1972. Traduc. de F. Prieto y R. Lobo; 401 págs.
13. Breilh, Jaime; Bases para un Conocimiento Científico de la Salud y Enfermedad. Reimpreso, Fase I, Fac. de Ciencias Médicas, USAC; Quito, mayo de 1975.
14. Baquedano, Rafael; Pelligrini, Alberto, y Colab.; Aspectos Teóricos de la Medicina Comunitaria; Informe Preliminar de un Grupo de Estudio, Educación Médica y Salud, 1975; reimpreso, Fac. de Ciencias Médicas, USAC.
15. Andrade, Jorge; Marco Conceptual de la Educación Médica en la América Latina. Reimpreso, Fac. de Ciencias Médicas, USAC.
16. Laurell, Cristina; Marco Teórico para la Investigación en Sociología Médica. Reimpreso, Fac. de Ciencias Médicas, P.F.D., USAC.
17. Nuila, Héctor; Estrategias Internacionales para el Desa-

- rollo de la Educación Médica; VI Conferencia Panamericana de Educación Médica; XIV Congreso Brasileiro de Educação Médica; 17 a 19 de Novembro de 1976; Rio de Janeiro.
18. Konstantinov, F. V.; El Materialismo Histórico; Editorial Grijalbo, S. A., México. 1a. Edic. Reimpresión, julio 1973. 446 págs.
19. Facultad de Ciencias Médicas, USAC; Algunos Datos Epidemiológicos sobre la Situación de Salud de Guatemala y los Principales Factores que Inciden en Ella; Folleto Mimeografiado por Fase II, Facultad de Ciencias Médicas, USAC; 1975; 10 págs.
20. Laurell, Cristina; Medicina y Capitalismo en México; Cuadernos Políticos; Julio-Sept. 1975; No. 5; Editorial ERA, México; págs. 80-93.
21. Diercksens, Wim; La Reproducción de la Fuerza de Trabajo y la Salud; Revista Centro Americana de Ciencias de la Salud; Mayo-Agosto, 1979; No. 13. Reproducida con Fines Docentes; Facultad de Ciencias Médicas, P. F. D.; USAC.

Br. *Elaie Haydée Camey de León*
Elaie Haydée Camey de León

Jorge Astorga G.
Asesor
Jorge Astorga G.

Dr. *Héctor Lucero L.*
Revisor.
Dr. Héctor Lucero L.

Carlos
Director de Fase III

Dr. *[Signature]*
Secretario

Dr. *Josef Manuel*
Decano.