

El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina *

Asa Cristina Laurell **

I. LA REALIDAD SANITARIA LATINOAMERICANA Y EL SURGIMIENTO DE LA MEDICINA SOCIAL

Durante los últimos quince años ha surgido en América Latina una corriente de pensamiento en el campo sanitario, conocida bajo el nombre de Medicina Social o Saúde Colectiva, que estudia la salud-enfermedad de la colectividad como una expresión de los procesos sociales. Es decir, postula la necesidad de analizar los fenómenos de salud y enfermedad en el contexto del acontecer económico, político e ideológico de la sociedad y no sólo como fenómenos biológicos que atañen a los individuos.

Conviene reseñar brevemente algunos elementos que dieron origen a la Medicina Social Latinoamericana, ya que permite ubicarla en su contexto histórico y resaltar sus preocupaciones y raíces. Hacia finales de los años 60 empezaba a entrar en crisis lo que se puede llamar la Salud Pública desarrollista, que postulaba que uno de los efectos del crecimiento económico sería el mejoramiento de las condiciones de salud. Sin embargo, contrario a este planteamiento se observaba, para estas fechas, un deterioro creciente de la salud colectiva a pesar de los “milagros económicos” latinoamericanos.

Así la mortalidad infantil en países como Brasil, México y Venezuela lejos de bajar empezaba a subir dentro de un lento decremento durante cuarenta años¹. Asimismo, nada mostraba que problemas como la desnutrición estuviera por resolverse e, incluso, varios estudios² encontraban, que cierto tipo de transformaciones de la estructura económica tendían a profundizar esta problemática. Por otra parte, aparecían en el horizonte problemas que anteriormente no había sido importantes como, por ejemplo, los accidentes de trabajo³ y la patología crónico-degenerativa⁴. De esta manera efectivamente había cambios en el perfil de morbi-mortalidad, pero no en el sentido esperado de un mejoramiento sensible sino con la

conformación de una problemática de salud colectiva que abarcaba lo peor de “dos mundos” con una mezcla de la patología de la “pobreza” y de la “riqueza”. Simultáneamente resultaba cada día más visible la gran desigualdad social ante la enfermedad y la muerte, que hacía imposible soslayar el carácter de clase de la problemática de salud.

El gasto en salud, además, había crecido, aunque todavía era insuficiente, de manera que no era posible explicar el deterioro de las condiciones de salud como el resultado de un empeoramiento en los servicios médicos.

Sin embargo, este mismo hecho actualizaba la discusión respecto al peso de los servicios médicos en el mejoramiento de la salud y al contenido del modelo médico imperante. Asimismo, resaltaba la creciente estratificación del sistema de salud, que expresaba nítidamente su carácter clasista. Con la creciente sofisticación de la medicina privada, la expansión de los sistemas de seguridad social y la precariedad de los servicios estatales se dibujaba claramente una estructuración del sistema de salud con servicios diferenciales para cada una de las clases sociales.

Se puede discernir que lo que se evidenciaba en América Latina no era sino una forma particular de expresión de “la crisis de la medicina”, en cuanto crisis de generación de conocimiento y crisis de una determinada práctica. Es decir, se planteaba, por una parte, la insuficiencia del paradigma científico de la medicina dominante como modelo explicativo de la salud-enfermedad colectiva y, por la otra, la incapacidad de la práctica médica de transformar sensiblemente las condiciones de salud de la población.

Sin embargo, vale la pena detenerse a preguntar por qué la problemática señalada adquirió visibilidad social en aquellos años, a pesar de que muchos de sus elementos, en rigor, no eran nuevos. Lo que la puso en el horizonte de visibilidad después de tantos

* Ponencia presentada en el coloquio “La Santé en Amérique Latine réalité socio politique et projets des soins primaires” organizado por AMALC (Montreal, Canadá).

** Profesora de la Maestría de Medicina Social de la Universidad Autónoma Metropolitana. Xochimilco (México).

años de ceguera social indudablemente fue el movimiento popular en sus diversas expresiones, que iba desde el movimiento obrero hasta el movimiento universitario. Es decir, la revisión crítica de la medicina no surge sólo desde el ámbito científico sino recibe un impulso decisivo de los cuestionamientos y demandas de los movimientos sociales. Este hecho resulta de suma importancia, ya que resalta a la Medicina Social Latinoamericana como una corriente de pensamiento con raíces sociales profundas y con un compromiso con la resolución de los problemas de las clases populares.

II. HACIA UNA NUEVA COMPRENSIÓN DEL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD

Los grupos de investigadores, que se venían conformando en la corriente de Medicina Social, observaban la realidad sanitaria y la única manera de descifrarla era a través de la postulación del carácter social del proceso salud-enfermedad. Este reconocimiento, sin embargo, obligaba a una reformulación teórica y metodológica, ya que el paradigma médico dominante no permitía dar cuenta de la salud y enfermedad en estos términos. Una teorización, que plantea la cuestión de la salud-enfermedad como un fenómeno biológico del individuo, no contiene los elementos suficientes para explicar la producción social del proceso salud-enfermedad colectiva. Es decir, hay una diferencia esencial entre plantear el proceso biológico humano como un fenómeno natural y postular que, aún siendo un proceso biológico, asume formas históricas específicas.

Una implicación inmediata de proponerse analizar la salud-enfermedad como proceso social y por tanto su articulación en los procesos económicos, políticos e ideológicos de la sociedad es el papel central que las ciencias sociales tienen que desempeñar en este análisis. Es decir, se necesita disponer de una teoría de lo social, que proporciona los elementos teóricos y metodológicos necesarios para la exploración que se propone. Este señalamiento puede parecer obvio, pero la revisión de la literatura médica existente muestra que cuando se quiere estudiar lo social en el proceso salud-enfermedad pareciera que los investigadores consideraran que para esto basta con el sentido común. Se encuentra con frecuencia, pues, que los aspectos bio-médicos de una determinada problemática se tratan con rigor científico mientras que sus aspectos sociales apenas se exploran en base a lo "evidente". La corriente de la Medicina Social latinoamericana asumió desde un principio el papel central de las ciencias sociales en el análisis de la salud-enfermedad colectiva y una parte importante de su esfuerzo está encaminado a desarrollar los planteamientos teórico-metodológicos específicos que se requieren para éste.

Sin embargo, el problema no consiste en yuxtaponer las ciencias biomédicas y las ciencias sociales sino en repensar el conjunto del problema. Aparecen como centrales cuatro cuestiones que son las características y especificidad del objeto de estu-

dio, la concepción de la causalidad o la determinación, la elección de las categorías analíticas centrales y la relación entre el sujeto y el objeto en el proceso de generación de conocimientos.

La necesidad de construir un nuevo objeto científico se deriva del hecho de que la medicina define el problema de la salud en términos de la enfermedad biológica del individuo lo que conlleva dos tipos de limitaciones respecto al proceso de generación de conocimientos sobre la salud-enfermedad colectiva. Por una parte, le da una especificidad que en el terreno metodológico corresponde a las ciencias naturales y, por la otra, lo desarticula de la totalidad social. Un objeto así definido orienta la generación del conocimiento hacia explicaciones parciales en el campo biológico e individual e imposibilita descubrir sus características y determinantes sociales. Impide, así, entender a la salud-enfermedad como proceso social. El reto, entonces, consiste en construir un objeto científico que efectivamente permita dilucidar su articulación en los procesos sociales sin que pierda su especificidad propia. El objeto científico —"proceso de salud-enfermedad colectiva"—, planteado por la Medicina Social, cumpliendo con los criterios de especificidad y de la unidad de lo social y lo biológico, sería entonces la forma histórica específica del proceso biológico humano tal como se da en los grupos sociales en un momento dado. Como tal es un proceso que simultáneamente tiene carácter social y biológico.

El carácter histórico y social de proceso biológico humano se expresa en una serie de fenómenos que podemos constatar empíricamente. Lo más evidente es la existencia de distintos perfiles de morbi-mortalidad en los diferentes grupos humanos, que podemos descubrir en el tipo de patología y por la frecuencia con la cual se presenta. Estos perfiles se distinguen de una sociedad a otra y de una clase social y otra.

Otro hecho que muestra la historicidad del proceso biológico humano es la esperanza de vida, ya que varía en las distintas épocas históricas y entre las clases sociales. Así, no es posible establecer la duración "normal" de la vida al margen del momento histórico. Otra evidencia del carácter social del proceso biológico humano la constatamos cotidianamente en algo que podemos llamar la fisonomía de clase, ya que distinguimos, aun sin instrumentos científicos, en nuestros países quién es campesino, quién obrero, quién burócrata y quién burgués. Uno de los elementos que sustenta esta fisonomía de clase es la constitución somática, pero influyen también ritmos y modos distintos de darse el proceso de crecimiento y envejecimiento, cuyas bases biológicas son poco conocidas. Dilucidarlas nos lleva precisamente a interrogar respecto a las formas históricas que asume el proceso biológico en los distintos grupos humanos.

El estudio del proceso salud-enfermedad colectiva requiere asimismo plantear la cuestión de la causalidad de una manera distinta, ya que al ocuparse de la producción social del proceso biológico humano necesariamente tiene que recuperar la unidad entre "la enfermedad" y la "salud". Ocurre así por-

que visto como un proceso de la colectividad lo general es este modo biológico de vivir en sociedad, que determina los trastornos biológicos particulares llamados "enfermedad". Esta, entonces, no aparece divorciada de la "salud" sino que ambos son momentos de un mismo proceso.

Esta interpretación de la enfermedad, que la recupera como momento del proceso biológico global, hace resaltar las limitaciones de los modelos de causalidad que subyacen en el pensamiento médico dominante. Resulta insostenible explicar a la enfermedad como el simple efecto de la actuación de un agente como se pretende hacer en el modelo monocausal, pero también el modelo multicausal, tal como ha sido formulado por MacMahon⁵ y aun Cassel⁶, resulta limitado para explicar la enfermedad en los términos aquí planteados.

La insuficiencia del modelo monocausal para dar cuenta del porqué de la presentación de la enfermedad, aún definida de manera tradicional, es de sobra conocida. Sin embargo, el modelo multicausal tampoco logra dar una respuesta a los problemas aquí planteados. Las razones de esta insuficiencia son de distinto orden. La más profunda, quizá, está dada por su conceptualización declaradamente agnóstica⁷, que plantea la paradoja de proponerse explicar partiendo de la suposición de la imposibilidad de conocer la esencia de las cosas. La limitación más inmediata del modelo multicausal, sin embargo, reside en su reducción de la realidad compleja a una serie de factores, que no se distinguen en calidad y cuyo peso en la generación de la enfermedad está dada por su "distancia" de ella. Así conceptualizada la causalidad, lo social y lo biológico no se plantean como instancias distintas, ya que ambos son reducidos a "factores de riesgo" que actúan de una manera igual.

La corriente norteamericana de la epidemiología social se ha planteado, de modo más acabado en Cassel⁸, la integración de lo social en el complejo causal adscribiéndole especificidad propia. Este autor ubica dos problemas fundamentales al establecer que lo social no actúa como un agente bio-químico-físico en la generación de la enfermedad y, por tanto, no tiene especificidad etiológica ni obedece a la dinámica de dosis-respuesta. De allí desprende Cassel la necesidad de investigar los aspectos sociales del complejo casual en función de un conjunto de patologías y no una enfermedad particular, ya que la expresión específica de ellos puede asumir varias distintas formas. En realidad el hecho de no asumir que lo social se articula distinto con el proceso salud-enfermedad que lo bioquímico-físico explica en parte los resultados contradictorios de la investigación sobre la patogenecidad de los "factores sociales"⁹. Sin embargo, la otra razón hace relación con la teoría de lo social que se emplea, ya que la corriente estructural funcionalista tiende a moverse con conceptos fenoménicos que no captan la esencia de los procesos sociales.

Assumiendo la no especificidad etiológica de lo social en sí mismo respecto al proceso salud-enfermedad se puede dar dos distintas explicaciones a cómo

se articula con éste. Una primera sería postular que los procesos sociales originan una determinada constelación de factores de riesgo, que a su vez explica la conformación de un determinado perfil de morbi-mortalidad tanto de los grupos como de las sociedades. Esta concepción ubica lo social como un determinante de alta jerarquía respecto a lo biológico pero lo deja como algo externo que solamente establece un determinado juego de probabilidades. Tiene indudables ventajas frente a una multicausalidad que reduce lo social a unos factores más en la red causal, pero no logra dar cuenta del carácter social del propio proceso biológico. Es decir, ubica a los procesos sociales como una articulación externa del proceso salud-enfermedad mientras que su articulación interna sigue pensada en términos biológicos naturales. Esto obviamente da pie a no problematizar el concepto de "factores de riesgo" y usarlo de manera tradicional.

Algunos de los integrantes de la corriente de la Medicina Social Latinoamericana¹⁰ han intentado una segunda vía de teorizar las articulaciones internas y externas del proceso salud-enfermedad enfatizando que no sólo está socialmente determinado sino que tiene carácter social en sí mismo. Es decir, no se restringen a enunciar que los procesos sociales determinan una constelación de factores de riesgo sino que intentan comprender la interrelación dinámica entre lo social y lo biológico postulando, sin embargo, la subsunción de éste en aquél. Lo que plantean, pues, es que esta interrelación no puede ser reducida a constelaciones particulares de "factores de riesgo" sino que tiene que ser pensada en función del contenido de los procesos sociales que transforma los procesos biológicos de un modo más complejo que el simple cambio en las probabilidades de estar expuesto a tal o cual factor de riesgo. Esta manera de ver la determinación del proceso salud-enfermedad colectiva guarda una relación estrecha con la concepción teórica de lo social, que se expresa en las categorías analíticas empleadas en las investigaciones concretas. Para ilustrar mejor esta cuestión se analizarán algunos estudios basados en las dos categorías básicas usadas en el análisis de la Medicina Social, o sea, clase social y proceso de trabajo en su acepción materialista histórica.

III. LOS CAMINOS DE LA INVESTIGACIÓN

El reconocimiento del carácter social del proceso salud-enfermedad plantea, como ya se vio, el papel central de las ciencias sociales para su análisis. Sin embargo, no es más que una primera constatación, que abre una serie de interrogantes a resolver. Así, hay que optar por una teoría de lo social y determinar cuáles son las categorías analíticas básicas que pueden dar cuenta de las articulaciones internas y externas del objeto de estudio específico.

Respecto a la primera cuestión hubo una toma de posición uniforme, y que caracteriza a la Medicina Social Latinoamericana que se fundamenta en el materialismo histórico; hecho que refleja que éste es sin duda la corriente hegemónica en las ciencias sociales

Respecto a la esperanza de vida la máxima diferencia, también en relación al nivel educativo de la madre, fue de 59,1 a 68,4, o sea 9 años contra 14 en la comparación entre las clases sociales.

Uno de los problemas prácticos del análisis de las condiciones de salud de las clases sociales es que los sistemas de información sanitaria rutinarios no recogen datos, que permiten realizar este tipo de análisis directamente. Sin embargo, por medio de la selección cuidadosa de ciertos indicadores es posible usar las fuentes de datos existentes y el enlace de registros aun en las condiciones precarias de América Latina. El estudio realizado por el CEAS sobre la mortalidad infantil en Quito¹⁴ es un buen ejemplo de esto. Así se basa, por una parte, en la segregación clasista del espacio urbano y, por la otra, en la construcción de "conglomerados sociales" en base a la ocupación y el nivel de escolaridad de los padres. Cada una de las defunciones infantiles pudieron, de esta manera, ser referidas tanto a una zona socio-geográfica de la ciudad y a un conglomerado social. Los hallazgos principales del estudio se resumen en el Cuadro N° 2.

Los resultados son tan contundentes como en el estudio de Bronfman y Tuirán, ya que la mortalidad infantil es cinco veces más alta en la zona IV que en la I y tres veces más alta entre los hijos de los trabajadores que entre los de las capas medias. Resulta significativo que no se encontró ninguna defunción correspondiente a los empresarios e industriales, y los cálculos hechos llegan a la conclusión que su tasa de mortalidad infantil no está por arriba del 5 por 1.000. Asimismo, hay una tendencia clara de incremento de la mortalidad en cuanto empeora la zona y "baja" el conglomerado social. Finalmente el estudio muestra que el acceso a los servicios médicos públicos no modifica sustancialmente estas tendencias.

El segundo gran grupo de estudios donde el análisis de clase tiene utilidad son, como ya se mencionó, los dedicados a conocer el impacto en las con-

diciones de salud de las transformaciones en la estructura económica. Ocurre así porque éstas implican con frecuencia cambios en la estructura de clases y en la relación entre ellas. El análisis de clase permite, entonces, captar los efectos diferenciales de estas transformaciones en términos del proceso salud-enfermedad de los distintos grupos sociales. A nadie le debe escapar la importancia de este tipo de investigación en tiempos de crisis como los que vivimos, ya que su acontecer sordo es justamente una gigantesca transformación económica que hace desaparecer fracciones enteras de las clases y cambia profundamente la vida social y política. Sin embargo, este género de investigación se ha realizado en América Latina desde hace tiempo, ya que, como se apuntó al inicio de este ensayo, ni las transformaciones del auge de postguerra ni las de la crisis actual han tenido efectos iguales sobre el conjunto de la población.

Uno de los procesos de indudable impacto sobre la estructura de clases en América Latina es la transformación capitalista del campo, que a través de la pauperización y despojo del campesinado ha dado origen al numeroso proletariado agrícola, al subproletariado urbano y a una parte de la clase obrera industrial¹⁵. Uno de los estudios ejemplares, que se ocupa de esta problemática, fue realizado en el Sertão en Brasil por Gross y Underwood¹⁶. Analizan el impacto de la introducción de una cosecha comercial —el sisal— en esta zona en la nutrición de la población. Muestran que el resultado más importante del cambio en el tipo de cultivo fue justamente la transformación en la estructura de clases en el área, ya que, por un lado, implicó la proletarización de una parte importante de la población, y por el otro, el surgimiento de un grupo pequeño de dueños de maquinaria desfibradora y comerciantes acaparadores. Al analizar por separado estos dos grupos en cuanto a manifestaciones de la desnutrición actual o pasada, no se encontró

CUADRO N° 2: Mortalidad infantil según conglomerado social y tipo de zona. Quito urbano, 1977

Conglomerado social	Tipo de zona **									
	I		II		III		IV		Total	
	N°	Tasa *	N°	Tasa *	N°	Tasa *	N°	Tasa *	N°	Tasa *
Empresarios e Industriales	-	0,0	-	0,0	-	0,0	-	0,0	-	0,0
Capas Medias	15	35,2	62	24,1	60	26,1	13	17,4	161	26,1
Trabajadores Manuales	40	23,3	324	55,9	234	74,1	407	128,5	1.064	76,9

Fuente: Breilh y Granda (15 p. 97)

* Tasas por 1.000 N.V.

** Zonas: I residencial suntuaria, II residencial media, III popular, IV asentamiento espontáneo.

ninguna diferencia entre los mayores de 18 años, mientras que entre los menores de 18 años —los que habían crecido después de la reestructuración de clases— se registró una diferencia considerable. De esta manera un 45 % del proletariado tenía una desnutrición del 2º o 3º grado en comparación con el 23 % de la incipiente burguesía rural.

Otro estudio respecto al impacto sobre la morbilidad del desarrollo capitalista en el campo fue realizado en México comparando dos pueblos donde ese proceso se había dado de distinta intensidad¹⁷; cuestión que se expresaba en el hecho de que en el pueblo A el 66,3 % trabajaba como asalariados contra el 24,4 en el pueblo T. Asimismo, en A sólo el 35,1 % tenía acceso a la tierra en comparación con el 75,8 % en T; el destino principal de la producción era el consumo familiar en 24,4 % de los grupos domésticos en A y el 51,6 % en T y, finalmente, tanto la emigración como la inmigración era mucho más común en A. Cabe señalar que el proceso de proletarianización era reciente en A, ya que el porcentaje de asalariados en la generación paterna en A era el mismo que el de T en el momento del estudio. O sea, no habla una escasez histórica de tierra en A sino más bien fue absorbido en el proceso de capitalización por su ubicación geográfica y por la calidad de sus tierras, que permitían una renta diferencial de la tierra más alta.

El primer hallazgo respecto a la morbilidad fue, que era significativamente más alta en A, con una tasa de 15,3 por 100, que en T, con 11,0. Analizada esta diferencia en función de las clases resultó que en ambos pueblos los campesinos con acceso a la tierra mostraban la tasa de morbilidad más baja, que además era prácticamente la misma, 11,0 y 10,7, mientras que los asalariados y particularmente los jornaleros exhibían tasas más altas, entre 15,1 y 19,1. Resulta significativo que en A, donde el proceso de proletarianización era más intenso, los asalariados de segunda generación presentaban una tasa de morbilidad de 21,9. Los otros indicadores socioeconómicos que, tomados por separado, distinguían grupos de alta y baja morbilidad, eran desempleo, estado migratorio y alfabetización, que todos, sin embargo, mostraban una asociación importante con la pertenencia de clase. Por ejemplo, ser inmigrante significaba no tener acceso a la tierra y ser jornalero; el desempleo sólo concernía a los asalariados, etc. Finalmente se mostró que la relación entre la morbilidad y las condiciones ambientales (calidad de la vivienda, del agua, método de eliminación de excretas y basura) estaba sobredeterminada por la pertenencia de clase. Es decir, dentro de los grupos de asalariados y propietarios estas condiciones afectaban la morbilidad, pero los asalariados con buenas condiciones nunca tenían tasas de morbilidad más bajas que los propietarios con malas condiciones ambientales. Cabe aquí una aclaración para evitar cualquier interpretación bucólica de los resultados expuestos. Lo que muestra que no es la superioridad de la vida campesina sino que las características del proceso de proletarianización tanto en el campo brasileño como el mexicano son

tales, que obligan a los asalariados a vivir bajo condiciones que originan un proceso salud-enfermedad todavía más precario que el del campesinado.

Para terminar la exposición de los estudios sobre las transformaciones agrícolas basados en el uso de la categoría clase social analizaremos la investigación de Casas¹⁸ realizada en Costa Rica, ya que permite introducir el acceso a los servicios médicos como elemento problematizador. El estudio se basa en el análisis de la evolución de la mortalidad infantil en 28 cantones rurales clasificados en tres grupos campesinos, semiproletarizados y proletarizados según su estructura clasista dominante. Durante el período 1963 a 1968 muestran el comportamiento esperado, ya que los campesinos tienen la tasa de mortalidad infantil más baja. No obstante, a partir de 1973 se empareja la mortalidad infantil entre los tres y para 1976 los cantones campesinos llegan a tener la tasa más alta, 45,3 por mil nacidos vivos. Estos resultados parecen contradecir los hallazgos del resto de los estudios latinoamericanos sobre el problema.

Sin embargo, al analizar la mortalidad infantil estratificando por cobertura de servicios al momento del parto resulta que la tendencia original se reestablece, excepción hecha del grupo de cobertura más baja. Es decir, con igual cobertura de atención al parto los cantones proletarizados muestran la tasa de mortalidad infantil más alta, según los semiproletarizados y el último, con la tasa más baja, los campesinos.

Como se puede apreciar los estudios de las clases sociales y de sus transformaciones no sólo permiten captar con más precisión las diferenciales de morbi-mortalidad en la sociedad sino que también las ubican más claramente en su dinámica histórica. Sin embargo, con menos de que se vaya más allá del mero análisis del comportamiento del proceso salud-enfermedad en su relación con la clase social y se profundice en las características de la reproducción social de cada una de las clases, este tipo de estudios no ofrece elementos explicativos específicos para entender cómo se generan los distintos perfiles de morbi-mortalidad. O sea, permiten captar la esencia de la desigualdad ante la enfermedad y la muerte, pero no aclara cuál es la dinámica concreta que lleva a ella. Es justamente en este contexto que se ubica la investigación que usa el proceso de trabajo o de producción como categoría analítica central.

b) Los estudios de proceso de producción

El fundamento teórico para usar como categoría central, el "proceso de trabajo" en el análisis de la producción social del proceso biológico humano es que permite dar cuenta de las formas sociales específicas bajo las cuales se da la relación entre el hombre y la naturaleza. Es decir, ubica la clave del entendimiento del carácter social del proceso biológico humano en el proceso a través del cual el hombre entra en contacto con la naturaleza transformándola y transformándose a sí mismo, o sea, en el proceso de trabajo¹⁹. Postula, pues, que la subsunción de lo biológico humano en lo

social ocurre en el metabolismo entre el hombre y la naturaleza; entre lo social y lo biológico²⁰.

Cabe señalar que, a este nivel de generalidad, resultan equivalentes los dos conceptos marxistas de “proceso de trabajo” y “reproducción social”. Sin embargo, en la literatura de la Medicina Social Latinoamericana tienden a tener acepciones distintas, ya que al usar “proceso de trabajo” generalmente se pone un énfasis mayor en la producción de la vida material y las relaciones que se establecen en ella, mientras que el uso de reproducción social releva el ciclo global de producción-reproducción²¹. No se trata de una discrepancia teórica de fondo, pero tiene cierta importancia para fijar una u otra estrategia de investigación. De esta manera los que se inclinan por “reproducción social” tienden a realizar estudios sobre las clases sociales, mientras que los que se inclinan por “proceso de trabajo” tienden a investigar el impacto del proceso de producción capitalista y sus transformaciones en la salud colectiva²². Asimismo, en este último tipo de estudios parece haber una problematización más consciente respecto a la cuestión de la relación entre el sujeto y el objeto en el proceso de generación de conocimientos. O sea, no se plantea sólo generar un conocimiento que corresponde a las necesidades de las clases trabajadoras, sino que participan en el proceso investigativo.

El análisis del proceso de trabajo en los países capitalistas se plantea como el estudio del proceso de producción, o sea, de la unidad entre el proceso de valorización del capital y el proceso laboral. Es necesario tomar en cuenta en este su doble carácter, ya que, en cuanto la finalidad de la producción capitalista es la generación de plusvalor y capital acumulable, las necesidades del proceso de valorización determinan la conformación específica del proceso laboral, o sea, la forma concreta que asume el trabajo. La importancia de esto para la salud-enfermedad colectiva reside en que las formas concretas de consumir la fuerza de trabajo en el proceso laboral originan patrones de desgaste de los trabajadores que junto con sus patrones de reproducción determinan las características históricas básicas del proceso salud-enfermedad de una colectividad²³. Es decir, la categoría “proceso de producción” permite estudiar en una realidad concreta la lógica de acumulación (proceso de valorización) y su medio —el proceso laboral— como un modo específico de trabajar-desgastarse y como enfrentamiento de clase, que a su vez determinan patrones particulares de reproducción. Estos al combinarse de manera específica con el desgaste devienen en el nexo biológico humano históricamente específico.

Con el fin de poder estudiar la relación salud-trabajo bajo esta perspectiva teórica ha sido necesario desarrollar un instrumental de investigación transdisciplinario. Recoge, así, técnicas de investigación de las ciencias sociales, las médicas, la química y la ingeniería para poder explorar las características del proceso de producción y del desgaste. Por otra parte, cabe resaltar que en el plano metodológico se han

experimentado formas de co-investigación en las cuales los trabajadores desempeñan un papel central en el proceso de generación de conocimientos²⁴.

El tipo de problemática abordada en los estudios que se sustentan sobre la categoría “proceso de producción” va, como en el caso de “la clase social”, por dos vertientes. Por un lado, están los estudios dedicados al análisis de las características del patrón de desgaste en un momento dado y, por el otro, los que pretenden captar el impacto de determinado tipo de transformaciones sobre los patrones de desgaste. Cabe señalar que ambos pueden incluir elementos históricos importantes, ya que en el mismo concepto de proceso está implícito la comprensión de la realidad como devenir y no como algo dado una vez para siempre. Finalmente a diferencia de los estudios sobre la salud-enfermedad de las clases sociales, que casi por definición se ocupan de grandes grupos humanos, los de proceso de producción y salud con frecuencia se refieren a grupos específicos de trabajadores.

Como uno de los ejemplos de estudios, que proponen penetrar en las características de los procesos de desgaste en un momento dado, se puede mencionar “El desgaste obrero en México”²⁵. Se puede caracterizar como un estudio exploratorio, ya que plantea conocer la conformación de la industria mexicana en términos de los procesos laborales presentes en ella y sus impactos en el proceso de desgaste de la clase obrera. Para esto establece una tipología de los procesos laborales basada en las características de la base técnica y la división y organización del trabajo. El primer hallazgo es la presencia de una importante heterogeneidad de la industria en términos de los procesos laborales; heterogeneidad que, además, atraviesa prácticamente todas las ramas. Así el 12 % de los obreros se encuentran en proceso de manufactura, el 17 % en los de maquinismo simple, el 19 % en los de taylorismo-fordismo, el 26 % en los automáticos discretos y el 21 % en los automáticos de flujo continuo. La implicación de este hecho es que, dado que cada uno de estos procesos laborales generan distintos tipos de desgaste, no hay un patrón único de desgaste de la clase obrera mexicana.

Surge el interrogante de cómo explicarse esta heterogeneidad industrial. El estudio responde mostrando que esencialmente se deriva de la viabilidad política y social de generar ganancias empleando distintos tipos de estrategias de valorización del capital, que conllevan procesos laborales distintos. La prueba está en que la tasa de ganancia es la misma para cada uno de los procesos, mientras que el capital invertido, el plusvalor generado y el nivel salarial son distintos. A groso modo se puede decir que una de las estrategias descansa sobre la depresión salarial y la prolongación de la jornada y la otra sobre el incremento de la productividad del trabajo a través de la tecnología y la intensificación del trabajo. En términos del desgaste-reproducción la primera se asocia con un patrón de sobretrabajo-subconsumo y la segunda con uno de stress-fatiga y exposición a químicos. Se va perfilando, pues, la base social-biológica del perfil

de mortalidad mixto que caracteriza a México. Cabe retener, también, que mientras el primer patrón de desgaste tiende a tener su mayor impacto sobre los hijos de los trabajadores, el segundo atañe especialmente a la población en edades productivas; cuestión que debe llevar a una reflexión respecto a la utilidad de la mortalidad infantil como indicador general de las condiciones de salud de una población.

Los hallazgos generales de este estudio han sido verificados en otras investigaciones sobre centros de trabajo específicos, que representan los distintos tipos de procesos laborales. Sirven de ejemplo dos investigaciones de trabajo y salud realizadas en México; una en la industria maquiladora de ensamble de equipo electro-electrónico²⁶ y otra en la siderúrgica²⁷. Aparte de ejemplificar dos procesos laborales tipo, el taylorizado y el automático de flujo continuo, resultan de interés, ya que representan el tipo de industria que se está estableciendo dentro del nuevo patrón de acumulación impulsado a raíz de la crisis²⁸.

En la industria maquiladora se encontró un proceso laboral caracterizado por una extrema división del trabajo, que redundaba en tareas extremadamente simples y monótonas realizadas con altos ritmos. Así, las tareas implican un máximo de 10 movimientos y su realización toma entre 1,6 y 12 segundos, lo que implica que se repiten de 17.760 a 2.400 veces en una jornada. A esta subcarga cualitativa y sobrecarga cuantitativa se añaden las posiciones incómodas, el esfuerzo visual intenso y la exposición a una variedad de químicos. En términos del perfil de morbilidad esto se expresó en una tasa anual de 90 episodios mórbidos directamente relacionados con el trabajo de 100 obreras, destacando la patología sicosomática, las enfermedades debidas al esfuerzo y posición y enfermedades irritativas de la piel y los ojos. Se encontró, además, una clara tendencia de expulsión de las obreras a causa de problemas de salud a partir de 6 a 8 años de antigüedad en la industria. O sea, después de este tiempo habían sufrido un desgaste que las incapacitaba para seguir realizando este trabajo. Estos hallazgos verifican, pues, los rasgos generales del patrón de desgaste de los procesos laborales taylorista-fordistas, pero resaltan también la necesidad de tomar en cuenta los elementos particulares, en este caso los químicos, de cada proceso laboral concreto.

La investigación de la siderúrgica se realizó juntamente con el sindicato y se basó, por una parte, en el llamado Modelo Obrero²⁹ para conocer las características del proceso laboral y la experiencia obrera respecto a los riesgos y daños de su trabajo, y, por la otra, en el análisis de la información existente de la morbilidad y los accidentes sufridos por los obreros. Los hallazgos más sobresalientes respecto al proceso laboral con implicaciones directas en el patrón de desgaste se refieren al desfasaje tecnológico en su interior y la distribución de los obreros entre las tareas de operación, mantenimiento y de apoyo. Así resulta que este proceso laboral, basado en la tecnología siderúrgica más moderna, está globalmente regido por las fases automatizadas y computariza-

das, pero tiene en su interior una articulación compleja entre tipos de trabajo que van desde la vigilancia de tableros hasta el trabajo manual con herramientas de mano; cuestión que se expresa en riesgos laborales diferenciales entre uno y otro tipo de obreros y la generación de problemas derivados directamente de la articulación entre los segmentos tecnológicamente desfasados.

La distribución de los obreros entre los diferentes tipos de actividades, que se encontró, fue el 29 % en operación, el 50 % en mantenimiento y el 21 % en apoyos como transporte y servicios. O sea, la gran mayoría realiza tareas de mantenimiento o de apoyo mientras que apenas una tercera parte opera y vigila la maquinaria; situación que también repercute en el tipo de desgaste y de morbilidad. Esto se muestra con claridad en la accidentabilidad ya que la tasa de accidentes con incapacidad fue de 16,5 por 100 obreros en operación, de 20,0 en mantenimiento y de 5,9 en actividades de apoyo.

La prevalencia de enfermedad registrada era de 1,1 por obrero, lo que es llamativo en una población joven. En el perfil patológico encontrado dominaban las enfermedades de las vías respiratorias, las de la espalda y las articulaciones, la neurosis, las sicosomáticas y las irritativas de ojos y piel, que juntos constituían el 66 % de la patología. Todas ellas se relacionaban directamente con elementos nocivos del proceso laboral registrados en la encuesta colectiva levantada con grupos homogéneos de obreros en los departamentos de la fábrica.

También resulta importante señalar, que los resultados de la encuesta colectiva con los obreros respecto a los daños a su salud causados por el trabajo coinciden con aquellos registrados en los exámenes médicos. O sea, se verificó que la experiencia obrera sistematizada es una fuente importante de conocimiento. Finalmente, había una relación directa entre las tasas de morbilidad por enfermedades relacionadas con el trabajo y la antigüedad en la siderúrgica, que era independiente de la edad.

La profundidad y la gravedad de la crisis económica, que vive América Latina desde hace una década, tiene serios efectos sobre las condiciones de vida de las grandes mayorías. Sin embargo, a largo plazo su principal significado consiste en que está impulsando una reestructuración productiva encaminada a convertir los países latinoamericanos en "plataformas de exportación". Esto en términos de los procesos laborales implica, entre otras cosas, el incremento en la productividad y la intensidad del trabajo y el traslado selectivo del manejo de las sustancias más nocivas a nuestros países. Las repercusiones de esta reestructuración en la salud colectiva obviamente no son inmediatas pero no cabe duda que contribuirá a cambios importantes, tanto para aquellos que se queden trabajando como para aquellos que "sobran" en este patrón de acumulación.

La investigación realizada por Echeverría en Chile³⁰ para el período de 1970-1980 tiene justamente por objeto estudiar las implicaciones en la salud obre-

ra de las transformaciones causadas por la crisis y la imposición del nuevo patrón de acumulación. Así, a partir del seguimiento de los cambios en los perfiles patológicos de tres grupos de trabajadores —uno de la industria favorecida por la crisis, otro de la industria deprimida por la crisis y un tercero de obreros expulsados de su trabajo— llega a algunas conclusiones significativas. En términos generales el impacto de la crisis agrava las condiciones de salud de todos, ya que las tasas de morbilidad suben en cuanto avanzan los años de crisis, de 171 a 239 a 297 por 100 obreros.

Sin embargo, la inserción específica de cada grupo en el proceso productivo origina un empeoramiento diferencial en cuanto al tipo de patología. De esta manera se puede distinguir patrones distintos entre los grupos expulsados de la producción, los involucrados en las empresas deprimidas y los que laboran en las empresas favorecidas. Entre los dos primeros grupos la patología sicológica y sicosomática tiene un peso muy importante, mientras que los accidentes de trabajo y las enfermedades por posición y esfuerzo adquieren gran relevancia entre los trabajadores de la industria favorecida. La problemática de los dos primeros grupos está directamente relacionada con la amenaza o la real pérdida del empleo, mientras que la patología del último se relaciona con la intensificación del trabajo a raíz de los cambios en la organización del trabajo.

En este contexto resulta, también, relevante una investigación realizada en la industria automotriz mexicana³¹, referida al impacto de la primera ola de racionalización en 1977, que conllevó el despido masivo y un incremento importante en la intensidad del trabajo. Muestra una asociación directa entre los incrementos en la productividad y la patología por stress y fatiga, que, sin embargo, llega a su punto más alto en el momento cuando se están dando los despidos. Finalmente, aún cuando haya algunos estudios³², que documentan la “exportación de riesgos” a los países latinoamericanos todavía falta mucho por hacer para mostrar sus efectos sobre la salud colectiva.

Han transcurrido unos quince años desde que los grupos de la corriente de la Medicina Social Latinoamericana empezaron a plantearse el estudio de la salud colectiva en la perspectiva de los procesos sociales, económicos, políticos e ideológicos de nuestros países. Si en aquel entonces la realidad misma impuso este enfoque, hoy la situación de crisis profunda y empobrecimiento acelerado lo ratifica. Sin embargo habría que reconocer que algunas de las cuestiones que llamaban la atención a finales de los 60, como el incremento en la mortalidad infantil, hoy parecen haberse revertido, sin que ello signifique que las grandes mayorías gozan de mejor salud. Sin embargo, no hay nada que haga suponer que la cuestión central de la desigualdad ante la enfermedad y la muerte se haya modificado.

La realidad sanitaria se plantea, pues, como más compleja, pero también se dispone hoy de un instrumental teórico y metodológico más refinado

para abordarla y de un conocimiento más profundo respecto a cómo se articulan los procesos sociales y biológicos. Y una vez más habría que insistir en que la crisis debe ser entendida ante todo como un período de transformaciones globales. Si es así, no se puede pretender comprender la dinámica de la salud colectiva como la simple extrapolación de las tendencias del pasado sino que resulta necesario analizarla a partir de los cambios que se están verificando.

REFERENCIAS

1. Heredia Duarte A. “El incremento de la mortalidad infantil en México”, *Gaceta Médica Mexicana*, 103(6): 475-93.
- Behm H. *La Mortalidad Infantil y Nivel de Vida*, Universidad de Chile, Santiago, 1962.
- Arrofo R. “La miseria del milagro brasileño”. *Cuadernos Políticos*, N° 9: 31-48, 1976.
2. Escudero JC. “Desnutrición en América Latina, su magnitud”. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, 22 (84): 83-130, 1976.
- Hernández M et al. “Effects of economic growth on nutrition in a tropical community”. *Ecology of Food and Nutrition*, 3 (2): 283-91, 1974.
3. Laurell AC. “El carácter social del proceso salud-enfermedad y su relación con el proceso de trabajo”; en: *Vida y Muerte del Mexicano*, Folios, México 1981. — IBASE. *Saúde e Trabalho no Brasil*. Vozes, Petrópolis, 1982.
4. Breilh J; Granda E. “Enfermedad y muerte en la era del petróleo”. *Salud y Trabajo* 1 (2): 2-29, 1982.
- Laurell AC. “Work process and process health in México”. *International Journal Health Services* 9 (4): 543-68, 1979.
5. Macmahon B; Pugh TF. *Principios y métodos de epidemiología*. La Prensa Médica Mexicana, México, 1975, pp. 15-21.
6. Cassel J. “Psychosocial processes and stress: a theoretical formulation”. *International Journal Health Services*, 4 (3): 471-82, 1974.
7. Macmahon, op. cit.
8. Cassel, op. cit.
9. Cassel, op. cit.
10. Tambellini Arouca A. *Contribuição a análise epidemiológico dos acidentes de transito*. Tesis de Doctorado, Campinas, 1975, pp. 49-61.
- Breilh J. *Epidemiología: medicina y política*. Universidad Central, Quito, 1979.
- Laurell AC. “La salud-enfermedad como proceso social”. *Revista Latinoamericana de Salud*, 1 (2): 7-25, 1981.
11. Breilh J; Granda E. *Investigación de la Salud en la Sociedad*. CEAS, Quito, 1980.
12. Cueva A. *La teoría marxista de las clases sociales*. FCPS, Universidad Nacional Autónoma de México, México, 1975.
13. Bronfman M; Tuirán R. *La desigualdad Social ante la Muerte*. El Colegio de México, México 1983.
14. Breilh J, Granda E, Campala A, Betancourt O. *Ciudad y Muerte Infantil*. CEAS, Quito, 1983.
15. CEPAL: *El Desarrollo Social en las Areas Rurales de América Latina*. Servicios de Información N° 276, 1978.
- Astorga E. *Mercado de Trabajo Rural en México*.
- Dierchxsens W. *Capitalismo y Población*. EDUCA, San José, 1979.
- Quijano A; Weffort F. *Populismo, Marginalización y Dependencia*. EDUCA, San José, 1976.
16. Gross DR; Underwood BA. “Technological change and caloric cost”. *American Anthropologist*, 73 (3): 725-36, 1971.
17. Laurell AC, Blanco J. “Disease and development”. *International Journal Health Services*, 7 (3): 401-23, 1977.
18. Casas A. *Evolución de la Mortalidad Infantil en 52 cantones rurales de Costa Rica 1962-1977*. Tesis de Maestría, Universidad Autónoma Metropolitana, México 1981.
19. Marx K. *El Capital*, libro primero. Siglo XXI, México, 1975.
20. Para una explicación más desarrollada de estos conceptos

- véase: Laurell AC, Márquez M, *El desgaste obrero en México*. ERA, México, 1983 (capítulo 2).
21. Possas C. *Saúde e Trabalho*. Graal, Rio de Janeiro, 1981.
 - “Ainda sobre proceso de trabalho e saúde”. *Saúde em Debate* N° 11, 1981.
 - Breilh J, Granda E, op. cit.
 22. Laurell AC. *Tendencias de la investigación científico social en la salud del trabajador en América Latina*. OPS/OMS (en prensa).
 23. Laurell AC, Márquez M, op. cit.
 24. Lozano R; Noriega M. *Un método para el estudio de la relación trabajo-salud*. CICAST, México 1984 (mimeo).
 25. Laurell AC, Márquez M, op. cit.
 26. Márquez M; Romero J; Zubieta M. *Proceso de producción y patrones de desgaste en las Obreras de la Industria Maquiladora*. Tesis de Maestría Universidad Autónoma Metropolitana-X, México, 1986.
 27. Laurell AC; Noriega M. *La salud obrera en SICARTSA*. Universidad Autónoma Metropolitana-X, México (en prensa).
 28. Valenzuela J. *El capitalismo mexicano en los ochenta*. ERA, México, 1986.
 29. Oddone I. *Ambiente di Lavoro, la fabbrica nel Territorio*. Ed. Sindicale Italiana, Roma, 1977.
 30. Echeverría M. *Enfermedades de los trabajadores y Crisis Económica*. PET-PISPAL, Santiago, 1984.
 31. Echeverría M; Franco S et al. “La salud en DINA”. *Cuadernos Políticos*, N° 26: 77-89, 1988.
 32. Castleman E. “The export of hazardous factories to developing nations”. *International Journal Health Services*, 9 (4): 569-606, 1979.
 - Hassan A et al. “Mercury poisoning in Nicaragua”. *International Journal Health Services*, 11(2): 221-26, 1981.