

LA SALUD DE LOS TRABAJADORES ALGUNOS ASPECTOS ECONOMICOS Y SOCIOLOGICOS

*Ana Luisa V. de Varela**

II PARTE RESUMEN

En la primera parte se estudiaron inicialmente el proceso de producción social y la evolución histórica del trabajo, como una premisa para poder continuar con el análisis de la condicionalidad social de la salud, los problemas socio-epidemiológicos del trabajo y la relación salud-trabajo.

En esta segunda parte se continúa con el análisis de algunos otros factores socio-epidemiológicos del trabajo, como: la alimentación, la vivienda y la urbanización, tomando como punto de referencia los países de América Latina.

En relación con lo anterior, se analiza el crecimiento del nivel de vida y su significado social para la salud, basándonos en la esfera de los servicios que se ofrecen para satisfacción de las necesidades de los trabajadores.

Después se hace un somero análisis histórico del desarrollo de la atención de salud al trabajador a nivel mundial, para finalmente abordar el análisis del desarrollo histórico de las instituciones que dan salud en el país, y observar en qué momento se inicia la atención de salud al trabajador como tal.

6. LOS PROBLEMAS SOCIO-EPIDEMIOLOGICOS DE LA ALIMENTACION, LA VIVIENDA Y LA URBANIZACION.

El papel de la alimentación en la vida y la salud del ser humano es indiscutible. La ciencia dispone de amplios conocimientos relacionados con la fisiología y la patología de la nutrición, se conoce el mecanismo de acción de diferentes sustancias alimenticias sobre el funcionamiento de los órganos y sus tejidos y sobre la actividad vital del organismo en su conjunto. Sin negar la importan-

*Profesora asociada, Magister Administración de Servicios de Enfermería, Ph. D. Salud Pública.

cia de estos y de otros enfoques del problema, nosotros trataremos de mostrar el aspecto socio-epidemiológico de la alimentación.

La insuficiente alimentación se manifiesta en deficiente ingestión de calorías en las raciones correspondientes. Una gran parte de la población obtiene de la alimentación una cantidad de calorías inferior a la necesaria, establecida por las normas científicas.

Según datos de la FAO existen diferencias significativas en la utilización de albúminas animales entre los países económicamente desarrollados y subdesarrollados. El déficit de albúmina refleja un bajo nivel económico de los países y en particular un bajo ingreso nacional, cuya correlación ha sido demostrada en investigaciones realizadas sobre el tema. (5).

La subalimentación y principalmente la insuficiencia de albúminas, dejan profundas huellas en la salud de la generación en crecimiento. En muchos países subdesarrollados se registra una alta morbilidad en los niños como consecuencia de la deficiente alimentación.

Naturalmente que la malnutrición contribuye a una alta mortalidad, sobre todo infantil. La OMS a este respecto considera que el índice de mortalidad de niños de 1 a 4 años "se puede utilizar para identificar la situación del país en relación con la nutrición, así como el índice de mortalidad infantil se usa en calidad de indicador de la salud y el nivel socioeconómico".*

En una serie de investigaciones realizada en el Departamento de Higiene Social y Administración Sanitaria del II Instituto de Medicina de Moscú, se estudiaron aspectos relacionados con el régimen alimentario, su calidad, lugar (en casa o en restaurante), deficiente alimentación de diferentes grupos de población, etc. En estas investigaciones se tomó el problema en una forma integral, incluyendo la fundamentación higiénico-social de las normas al respecto.

Frecuentemente en la ejecución de investigaciones socio-epidemiológicas surge la necesidad del estudio de la dinámica de los gastos de personas en particular, pero en especial de toda la familia o de grupos específicos de la población, en la obtención de diversos artículos, entre ellos los productos alimenticios.

El Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá —INCAP—, en una serie de trabajos de investigación iniciada a fines de la década del 60 en la que se ha propuesto medir la situación socio-cultural de las familias rurales centro-americanas con el objeto de disminuir los costos y aumentar la eficacia de los programas nutricionales, ha encontrado que a medida que el nivel socioeconómico de las familias se eleva, las características dietéticas y nutricionales de la población mejoran.

En Colombia, según varias encuestas llevadas a cabo por el Instituto Nacional de Nutrición en las décadas del 60 y el 70, el consumo de productos alimenticios está estrechamente relacionado con la situación socioeconómica de los diferentes estratos de la población. (11).

*Malnutrición and Disease. WHD, 1963. p. 19.

Otro importante factor socio-epidemiológico es la vivienda, su tamaño, utilización, condiciones sanitarias. Cada vez surgen más investigaciones cuyos resultados muestran la importancia de la vivienda para la salud de la persona. Por ejemplo, en la Unión Soviética se ha establecido una correlación entre la morbilidad con incapacidad temporal para trabajar y las condiciones sanitarias de la vivienda. En el grupo de individuos cuyas familias disponen de 9 m² o más de espacio habitable por persona, la morbilidad tanto en número de casos como en días de incapacidad, es alrededor de 15-20% más baja.

En fechas relativamente recientes Martín (1967) y Cassell (1971) examinaron la historia de los estudios relativos a la inferencia de las malas condiciones de vivienda sobre la salud. Aun cuando persisten ya ciertas dificultades metodológicas, unos cuantos ejemplos servirán de ilustración.

Halliday (1928) y Wright y Wright (1942) demostraron que el sarampión y la tos ferina solían manifestarse a una edad más temprana en hogares apiñados y, por consiguiente, que en condiciones de hacinamiento cabía esperar mayores tasas de mortalidad. Según Stein (1950-1954), Britten (1942) y Laidlaw (1946) las malas condiciones de vivienda y el hacinamiento iban acompañados de tasas más elevadas de mortalidad e incidencia de la tuberculosis. Otros estudios dieron cuenta de que las malas condiciones de vivienda iban unidas a enfermedades meningocócicas (Blum, 1949), anemia (Britten y Altman, 1941), enfermedades del aparato digestivo (Britten, 1942), y una mayor tasa de hospitalizaciones por enfermedades transmisibles y nutricionales (Worth, 1963).

Se ha afirmado a menudo que el ruido y los olores desagradables provocan fácilmente irritabilidad nerviosa y mal humor y que las habitaciones y lugares contiguos, lóbregos, fríos y poco acogedores pueden acentuar la depresión mental. Se considera que los efectos de estas condiciones desfavorables pueden ser particularmente graves en el caso de individuos ya expuestos a otras tensiones mentales y preocupaciones en el trabajo. (12).

En la sociedad capitalista subsisten fuertes contrastes, entre las mansiones con todas las comodidades para los ricos y las viviendas en ocasiones miserables, de la mayoría de los obreros (5).

En la mayor parte de los países, sobre todo en las zonas de desarrollo, el problema de la vivienda, incluido el espacio habitable, requiere soluciones urgentes.

El hacinamiento y la falta de saneamiento básico constituyen las dos características más destacadas de las malas condiciones de la vivienda. Con frecuencia la pobreza está estrechamente relacionada con la suciedad y con el estado de deterioro de la vivienda. Es muy difícil mantener la higiene personal en ausencia de abastecimiento de agua. Y cuando no existen servicios públicos de recolección de basuras se van acumulando los desechos.

Aun cuando los habitantes tratan de mantener la higiene de la vivienda con sus limitados recursos, los resultados rara vez perduran. Ello se debe principalmente al estado general de las construcciones, con goteras en los techos, paredes cuarteadas, pisos de tierra, todo lo cual facilita la introducción y acumulación de basura, polvo y hollín y la presencia de humedad; la suciedad atrae a piojos, pulgas, chinches, insectos, y ácaros. Las construcciones deterioradas cons-

tituyen un refugio de ratones y ratas que permiten la entrada de mosquitos, posibles portadores y transmisores de enfermedades como el tracoma, la malaria, la fiebre amarilla, la filariasis y el dengue. (12).

La indiscutible interrelación metodológica entre los factores sociales se hace especialmente necesaria en la evaluación de fenómenos de tal complejidad como lo es la urbanización. Si hablamos de los lados positivos y negativos de la urbanización, es indispensable tener en cuenta todas las múltiples formas de organización socioeconómica, gubernamental, geográfica del mundo actual. Sin embargo, son precisamente las condiciones socioeconómicas las que en última instancia determinan la efectividad del proceso de urbanización como factor de progreso social.

La urbanización rápida y sin control genera una serie de problemas complejos, desde los de la vivienda misma, su saneamiento básico, contaminación ambiental, hasta fenómenos poco estudiados y mal conocidos, como los efectos de vivir en el medio urbano sobre las actitudes y valores morales y sociales y la morbilidad relacionada con la vida urbana.

La urbanización en los países en desarrollo constituye un factor importante de progreso socioeconómico. Sus aspectos positivos se manifiestan en la creación de las bases para el crecimiento de la clase obrera y la intelectualidad; en la incorporación de millones de personas a una vida política y laboralmente activa: en la organización de una forma nueva de vida social.

Las ciudades se convierten en puntos de apoyo del crecimiento económico y así influyen de manera activa en las áreas rurales. Conjuntamente con ello, la urbanización agudiza los problemas socioeconómicos heredados del colonialismo y la dependencia y en relación directa con una fuerte presión demográfica.

El rasgo característico de la fase actual de la urbanización no es el crecimiento de las ciudades y de su población en general, sino la concentración de ésta en las grandes ciudades. En este aspecto es altamente significativo el proceso de urbanización que se ha dado en los países en desarrollo y especialmente los de América Latina; por ejemplo, en 20 años la población de Caracas creció 5 veces, la de México 3 veces y la de Bogotá más de 2 veces.

Los países en desarrollo, que son las regiones menos urbanizadas del mundo, se distinguen por los más elevados ritmos de urbanización, los cuales son dos veces más altos que el índice general de crecimiento de su población.

El traslado de enormes masas humanas del área rural a las ciudades se convirtió en una característica importante de la situación socioeconómica de todos los países en desarrollo.

Surgen entonces marcadas diferencias socioeconómicas y políticas entre las regiones altamente urbanizadas y relativamente desarrolladas y las casi intocadas áreas rurales, donde todavía se conservan modos caducos de vida socioeconómica.

El crecimiento de la población urbana va adelante de los ritmos de industrialización, lo que no corresponde al nivel de ocupación de la población urbana y crea un permanente excedente de recursos laborales, lo cual se convierte en uno de los problemas difíciles de los países en desarrollo.

Los problemas ecológicos del mundo moderno en la época actual tienen que ver no sólo con los países económicamente desarrollados, sino también con los que están en vía de serlo.

Es enorme el perjuicio causado al medio natural por la actividad de los monopolios imperialistas: la voraz extracción de los recursos materiales, la tala de los bosques con el objeto de obtener valiosas maderas, la utilización intensiva de la tierra en plantaciones, etc.

Además, el desorganizado proceso de urbanización en los países de Asia, África y América Latina, resultante de la no correspondencia en el desarrollo de su base económica, empeora frecuentemente el estado del medio ambiente y complica los problemas de conservación del aire, el agua y el suelo.

La incapacidad de las ciudades para satisfacer, incluso, las necesidades mínimas de la creciente población en cuanto a vivienda y servicios, se convirtió en un problema extraordinariamente difícil en los países de Asia, África y América Latina.

Los tugurios representan por sí mismos, no sólo un problema de vivienda sino también un agudo problema socioeconómico en los países en desarrollo y han llegado a convertirse en un elemento constitutivo de la forma de vida de ciertos grupos de la población de estos países.

La influencia de los factores específicos de la urbanización sobre los procesos demográficos y el estado de salud de la población es extremadamente compleja y contradictoria.

La ausencia de investigaciones especiales no permite valorar en forma suficientemente profunda y completa esa influencia en los países en desarrollo. Los demógrafos señalan el hecho de que la urbanización y su concomitante forma de vida normalmente contribuyen a la disminución tanto de la natalidad como de la mortalidad de la población, e igualmente modifican su estructura por edades y sexos, su composición socio profesional, el carácter de la migración, etc.

La urbanización en los países en desarrollo lleva a la combinación de dos tipos de patología; viejo y nuevo. Por un lado, los elevados hacinamientos de población en los tugurios de las grandes ciudades, ausentes de las más demandadas condiciones sanitarias, producen una amplia propagación de enfermedades infecciosas y parasitarias; por otra parte, las condiciones de vida propias de la ciudad contribuyen a la difusión de enfermedades neuropsíquicas, traumáticas, enfermedades cardiovasculares, aumento del alcoholismo, narcomanía, y las enfermedades venéreas. (13).

De tal manera, el históricamente condicionado proceso de urbanización lleva consigo un complejo conjunto de problemas económicos, ecológicos, demográficos, psicosociales, y otros que ejercen una evidente influencia sobre la salud de la sociedad.

Sin embargo, un sistema de acciones conjuntas socioeconómicas y médicas planeado y realizado por el Estado, incluyendo promoción, profilaxis, atención por dispensarios, y otros métodos efectivos de educación y control sanitarios,

permite organizar en marcos muy amplios la lucha contra los efectos nocivos de la urbanización, contra las enfermedades favorecidas por ella.

7. CRECIMIENTO DEL NIVEL DE VIDA DE LA POBLACIÓN Y SU SIGNIFICADO SOCIAL PARA LA SALUD.

Los fondos sociales de consumo de la URSS, son uno de los más brillantes rasgos de la forma de vida socialista. Están orientados a la satisfacción de las demandas de todos los trabajadores y reflejan la preocupación del conjunto de la sociedad por la educación y desarrollo de las nuevas generaciones, por su instrucción gratuita desde los establecimientos preescolares, por su preparación profesional, por su formación, por los ancianos e inválidos, por la prestación de atención médica gratuita y por el reforzamiento de la salud del pueblo soviético.

Por lo general, el trabajador recibe cada año su descanso remunerado, cupos gratuitos en sanatorios y casas de descanso y, si es el caso, mensualmente subsidio por enfermedad, pensión por vejez y los estudiantes (incluso universitarios) beca de estudios; es decir, todas las formas de bienestar necesarias para el desarrollo armónico de la persona.

Con todos estos pagos y privilegios se hacen evidentes las ventajas del socialismo, su humanismo y su permanente preocupación por cada ciudadano.

Los fondos sociales de consumo son utilizados para la conservación y reforzamiento de la salud de los trabajadores, el desarrollo de la cultura física y el deporte. Grandes sumas están orientadas a la organización del descanso de la población. Gracias a los fondos sociales, la satisfacción de las necesidades de los trabajadores en vivienda, educación y atención médica es completa, independientemente del número de incapacitados para trabajar que haya en la familia. Mientras en los países capitalistas el pago por la vivienda representa un 30% ó más del salario del trabajador, en el presupuesto de la familia soviética los gastos por el apartamento que utiliza constituyen un promedio del 3%.

El cambio a la semana de 5 días para los trabajadores y el consiguiente establecimiento de la semana de 40 horas de labor (y el de 36 horas para los maestros, trabajadores de la salud y otros), representó una importantísima acción socioeconómica. La semana de 5 días abrió grandes posibilidades para el mejoramiento en la utilización de los centros deportivos y de las instituciones para el reforzamiento de la salud y para el descanso del pueblo soviético. Aumentó las condiciones para la elevación de su nivel técnico-cultural.

Distintamente de lo que pasa en el capitalismo, en el socialismo los servicios y otros sectores de la economía nacional no son una esfera de especulaciones monopolistas, ni su fin principal es obtener beneficios. En los países socialistas los servicios no persiguen fines de lucro. Cualquier servicio a la población está al alcance de todos los trabajadores y se desarrolla siempre para bien de todo el pueblo.

Al hablar de la esfera de servicios nos referimos no sólo a las empresas que atienden al sector de la vivienda y de servicios tales como el transporte, la alimentación, las comunicaciones, las organizaciones deportivas y los establecimien-

tos de descanso; también nos referimos a la educación y la sanidad, a las instituciones de la cultura y del arte. (14).

La comunidad socialista al establecer como su objetivo, no sólo la satisfacción de las necesidades de la población en alimentación, vestido, vivienda, sino también el desarrollo integral de la persona, ha permitido que los trabajadores gocen de tan indiscutibles ventajas en comparación con los de los países capitalistas, tales como: ausencia de desempleo, confianza en el futuro, los arrendamientos más bajos del mundo, estabilidad en los precios de los artículos de consumo básico e, incluso, baja de ellos de acuerdo con las condiciones de la producción; crecimiento constante del nivel de vida de la población, etc.

La permanente puesta en práctica de un sistema de acciones socioeconómicas, el florecimiento de la ciencia y la cultura, el crecimiento de la economía nacional, la ejecución de medidas higiénico-sanitarias, la elevación del nivel de vida de la población, todo esto contribuye al reforzamiento del estado de salud de las personas, al significativo mejoramiento de los indicadores que caracterizan su desarrollo físico y mental y a la disminución de la morbilidad de la población del país. (15).

8. *DESARROLLO HISTORICO DE LA ATENCION DE SALUD AL TRABAJADOR*

Como agudos observadores que eran, los antiguos médicos notaron la influencia de ciertas ocupaciones sobre la salud del trabajador, y se encuentra bastante información dispersa a través de toda la literatura griega y romana. Pero nada se hizo para protegerlos, ellos mismos tenían que ayudarse. Quienes servían para entretener al pueblo, los gladiadores, sí recibían atención médica; Galeno comenzó su carrera como doctor de una escuela de gladiadores en Bérghamo.

Los antiguos médicos no tenían, en realidad, interés en la salud de los trabajadores manuales. Su atención estaba orientada casi exclusivamente a las clases privilegiadas.

No debemos olvidar, sin embargo, que la tecnología antigua era de muy pequeña escala. Por lo común, los artesanos operaban al aire libre, como todavía lo hacen en Oriente, de modo que los riesgos eran inmensamente menores que en los siglos posteriores, cuando el desarrollo tecnológico alcanzó mayores proporciones.

La Edad Media apenas si hizo alguna contribución en este campo y hemos de esperar hasta fines del Siglo XV para empezar a encontrar una literatura especial dedicada a las enfermedades ocupacionales.

¿Por qué entonces? Por varias razones: la medicina había progresado y los médicos estaban vivamente interesados en descubrir nuevas enfermedades, pero hay también otras razones: económicas. El volumen del comercio había crecido enormemente creando una gran necesidad de metales, en especial oro y plata para acuñar moneda. Los viajes de exploración no respondían tanto a un interés científico como a la búsqueda de metales preciosos.

Al mismo tiempo, en muchos países los campesinos fueron desalojados, separados de sus medios de producción y se convirtieron en proletarios que no tenían otra cosa que vender sino su fuerza de trabajo y muchos fueron a la incipiente industria.

Los "morbi metallici" son las primeras enfermedades profesionales que atraen la atención de los autores médicos. En 1443 un doctor alemán, de Augsburgo, Ulrich Ellenbog, escribió un pequeño panfleto de 7 páginas impresas "sobre los inicuos gases y humos venenosos", describiendo los peligros de los vapores del ácido nítrico, mercurio, carbón, plomo y otros metales.

Pero se trataba simplemente de un breve memorándum. La primera monografía sobre enfermedades profesionales es debida a Paracelso, quien, a causa de su gran interés en la química, visitaba muchas minas.

La monografía de Paracelso es sólo un comienzo. Buen ejemplo de este tipo de literatura es la obra de Agrícola "De Re Metallica", publicada en 1556, en donde describe los diversos riesgos que amenazaban a los mineros.

En el Siglo XVII varios médicos alemanes escribieron monografías especiales sobre enfermedades de los mineros; sin duda, la minería era la ocupación más peligrosa de todas y, por tanto, fue atendida primero.

Después, en el mismo Siglo XVII se empiezan a escribir libros sobre las afecciones de otros grupos ocupacionales, menos relacionados con los obreros que con la clase alta, los cortesanos, los eruditos y hombres de letras en general; pero luego también, con soldados y marineros, a causa de que la fuerza de combate dependía, en buena medida, de las condiciones de salud. Y se encuentra disperso a través de la literatura médica de este siglo un gran número de observaciones sobre enfermedades ocupacionales.

Y entonces en 1700 el distinguido médico italiano Bernardino Ramazzini, profesor de la Universidad de Modena, publica su famoso libro: "De morbis artificum diatriba", cuya traducción inglesa aparece en 1705 bajo el título "Un tratado sobre las enfermedades de los artesanos mostrando la influencia de oficios determinados sobre el estado de salud, con los mejores métodos para evitarlas o corregirlas y sugerencias útiles dignas de ser consideradas al reglar la curación de todas las enfermedades inherentes a los artesanos".

Este es el primer texto sobre enfermedades ocupacionales y se considera que con él nace la especialidad.

Ramazzini estudió la literatura disponible y se convenció cada vez más de que las enfermedades ocupacionales desempeñaban un papel muy importante en la vida de una comunidad.

De él se deriva otra contribución muy importante: desde entonces, cuando el médico interroga a un paciente, le preguntará cuál es su ocupación. Ramazzini dio al mundo médico un texto en que se esboza un campo nuevo. Su reconocimiento de dos grandes grupos de enfermedades, uno debido a los materiales y otro al tipo de trabajo, era en realidad muy acertado y fue compartido por la mayoría de los médicos que escribieron sobre el asunto en los años posteriores.

Los médicos sabían cómo prevenir muchos accidentes y sin embargo casi nada se hizo en el Siglo XVIII para proteger a los trabajadores, quienes debían cuidarse ellos mismos como mejor podían. No obstante, la industrialización de Europa progresaba más rápidamente que antes. La máquina de vapor, introducida en la industria minera y textil, aceleró el desarrollo, creó nuevas condiciones de trabajo y, al mismo tiempo, nuevos riesgos.

En el Siglo XIX, comenzando por Inglaterra, la población industrial creció enormemente y vivía y trabajaba en condiciones higiénicas desastrosas. La tasa de mortalidad era alta y la duración de la vida excesivamente corta. La opinión pública fue sacudida por el informe de un comité investigador en Manchester en 1795. Las clases gobernantes reconocieron que un proletariado enfermo constituía una amenaza para su propia salud. Otro informe sobre "The sanitary conditions of the laboring population" de 1838, revela que la situación no ha mejorado, sino por el contrario, es aún peor. Cifras impresionantes aparecen en un excelente libro publicado en 1832, por un médico de Leeds, C. Turner Thackrah, "The effects of arts, trades and professions, and of civic states and habits of living, on health and longevity".

Thackrah escribió un valeroso libro para "agitar la opinión pública sobre el tema. Tenía plena conciencia de que la clase alta no quería que el asunto fuera discutido; pero estaba convencido de que las condiciones podían y debían mejorar".

El trabajo de los médicos era importante; pero, obviamente, la situación sólo podía mejorar mediante la legislación. La primera ley industrial, la Ley sobre la Salud y Moral de los Aprendices, fue aprobada en 1802 y seguida, en los próximos años, por diversas leyes que eliminan los peores abusos, especialmente en la explotación de mujeres y niños.

No obstante, la situación continuaba siendo bastante mala.

En Francia, correspondió al informe del prefecto de Policía, Dubois, en 1807, divulgar las terribles condiciones de salud de la población industrial. Los médicos franceses tampoco estaban inactivos.

La relación entre la tasa de mortalidad y los salarios fue claramente vista por Villermé, quien publicó en 1840 estadísticas muy interesantes. ¿Qué se debería hacer? Patissier sugirió las siguientes medidas. Primero, prohibir por completo todos los oficios peligrosos o, si esto se demuestra imposible, autorizar este trabajo sólo para los condenados a muerte cuya pena ha sido conmutada por trabajos forzados. Segundo, investigar cómo mejorar las condiciones de trabajo, aplicando medidas de higiene industrial. Tercero, instalar baños públicos fácilmente accesibles a los trabajadores. Cuarto, compensar a los obreros lesionados durante su trabajo y darles una pensión de vejez. En 1822 había en Francia 120 Sociedades de Previsión, cubriendo 40.000 obreros. Eran sociedades de beneficio mutual organizadas por la Sociedad Filantrópica.

Alemania se industrializó mucho más tarde y, algo notable fue el informe de un oficial de reclutamiento militar, el primer llamado de atención al público sobre las condiciones de salud de la población trabajadora. Viajando por la región del Rin encontró una situación tal que, de continuar, el ejército pron-

to carecería de reclutas. En 1869 la Unión Alemana del Norte dispuso en su código industrial que "cada empresario debe establecer, a su propio costo, todos los aparatos necesarios para salvaguardar a sus empleados de los peligros contra la salud y su vida". El seguro social fue introducido en ese país en 1883 y, como incluía los accidentes y la enfermedad, se adoptaron las disposiciones para ofrecer servicio médico a la población trabajadora.

En los Estados Unidos, la literatura sobre enfermedades ocupacionales se inicia con una disertación sobre "La influencia de los oficios, profesiones y ocupaciones", escrita a instancias de la Sociedad Médica de Nueva York*, en 1837. La primera legislación sobre fábricas le sigue a mediados del siglo y se desarrolla más bien lentamente.

No es sino hasta el Siglo XX cuando se vino a operar una efectiva mejoría en las condiciones de trabajo. La Guerra Mundial demostró ser un poderoso estímulo. Los trabajadores eran escasos y, por consiguiente, su salud era muy importante. Se desarrolla la investigación; se crean cátedras de higiene industrial en unas pocas universidades; se establecen museos en varios países, exhibiendo las fuentes de riesgos industriales y el modo de prevenirlos. Los progresos más importantes fueron debidos a los actos legislativos, cuyos principios son comunes a todos los países: inspección médica de las empresas industriales, comunicación obligatoria de las enfermedades ocupacionales, y compensación de los obreros enfermos o incapacitados. En 1906, en una revisión de la Ley de Compensación de los Obreros de 1897, Inglaterra incluyó 31 enfermedades industriales. Esta ley tuvo gran influencia en los Estados Unidos.

Es natural que la Unión Soviética prestara enorme atención a los accidentes y enfermedades industriales. Se crean institutos de investigación a lo largo de la Unión y la salud de la población trabajadora mejora, no solamente mediante las medidas de higiene industrial, sino también a través de la reducción de las horas de trabajo, el descanso y la recreación organizada, y un sistema de medicina socializada que ofrece atención médica universal.

No puede caber duda de que las condiciones de trabajo han mejorado de manera considerable en casi todos los países civilizados y sin embargo todo lo logrado hasta ahora es apenas un comienzo. En una sociedad altamente industrializada, donde la máquina no está restringida a los talleres sino que ha invadido las calles, los riesgos serán cada vez mayores. Reducirlos a un mínimo sólo es posible merced al esfuerzo mancomunado de los trabajadores de la salud, los ingenieros, los mismos empresarios, los trabajadores y el Estado. (1).

Michel Foucault en su artículo: "Historia de la medicalización", al analizar la huella que ha dejado en la historia de la especie humana la fuerte intervención médica que comenzó en el Siglo XVIII, considera que "la medicina moderna es una medicina social cuyo fundamento es una 'cierta' tecnología del cuerpo social; la medicina es una práctica social, y sólo uno de sus aspectos es individualista y valoriza las relaciones entre el médico y el paciente".

*Occupation and Health, Vol. 2. Geneva, International Labour Office, 1934. p. 381.

La medicina no estaba interesada en el cuerpo del proletario, en el cuerpo humano, como instrumento laboral. No fue sino hasta la segunda mitad del Siglo XIX cuando se planteó el problema del cuerpo, de la salud y del nivel de la fuerza productiva de los individuos.

Foucault considera que se pueden reconstruir tres etapas de la formación de la medicina social: medicina del Estado, medicina urbana y medicina de la fuerza de trabajo.

La "medicina del Estado" se desarrolló principalmente en Alemania a comienzos del Siglo XVIII. Sobre este problema específico vale mencionar la afirmación de Marx en el sentido de que la economía era inglesa, la política francesa y la filosofía alemana, pues fue en Alemania donde se formó en el Siglo XVII, mucho antes que en Francia y en Inglaterra, lo que puede denominarse ciencia del Estado; es decir, el Estado como objeto de conocimiento y como instrumento y lugar de adquisición de conocimientos específicos.

Así, se originan en Francia las estadísticas de natalidad y mortalidad, y en Inglaterra los grandes recuentos de población que aparecieron en el Siglo XVII. Pero tanto en Francia como en Inglaterra, la única preocupación sanitaria del Estado fue el establecimiento de tablas de natalidad y mortalidad como índice de salud de la población y el crecimiento de la propia población, sin ninguna intervención eficaz y organizada para elevar su nivel de salud.

La segunda trayectoria del desarrollo de la medicina social está representada por el ejemplo de Francia, donde a fines del Siglo XVIII, con el descubrimiento de las estructuras urbanas se desarrolla una medicina social no apoyada por la estructura del Estado, como en Alemania, sino por un fenómeno enteramente distinto: la urbanización.

Se puede afirmar que hasta el Siglo XVII, en Europa, el gran "peligro social" estuvo en el campo. Los campesinos paupérrimos, al tener que pagar más impuestos, empuñaban la hoz e iban a atacar los castillos a las ciudades. Por el contrario, a fines del Siglo XVIII, las revueltas campesinas comienzan a ceder, pero los conflictos urbanos se vuelven cada vez más frecuentes con la formación de una plebe en vías de proletarizarse. De ahí la necesidad de un serio poder político, capaz de investigar el problema de esta población urbana.

La medicina urbana, con sus métodos de vigilancia, de hospitalización, etc., no fue más que un perfeccionamiento, en la segunda mitad del Siglo XVIII, del esquema político-médico de la cuarentena que había sido iniciado a fines de la Edad Media, en los Siglos XVI y XVII.

Sin embargo, hasta fines del Siglo XVIII no se tocó el tema del conflicto entre la medicina y otros tipos de poder: la propiedad privada. Los espacios comunes, como los lugares de circulación, los cementerios, los osarios y los mataderos fueron controlados, lo que no sucedió con la propiedad privada antes del Siglo XIX. La medicina urbana no es realmente una medicina del hombre, del cuerpo y del organismo, sino una medicina de las cosas: el aire, el agua, etc.

No obstante, es preciso señalar que la salubridad es la base material y social capaz de asegurar la mejor salud posible a los individuos. Salubridad e insalubri-

dad significan el estado de las cosas y del medio en cuanto afectan la salud. La higiene pública es el control político-científico de este medio.

El concepto de salubridad aparece pues, al comienzo de la Revolución Francesa, y el de higiene pública había de ser el concepto que en la Francia de principios del Siglo XIX abarca lo esencial de la medicina social.

La tercera dirección de la medicina social puede ser analizada a través del ejemplo inglés. Es decir, en primer lugar del Estado, en segundo lugar la ciudad y por último los pobres y los obreros fueron objeto de la medicalización.

En esa época las casas no estaban numeradas, ni había servicio postal y nadie mejor que los pobres conocían la ciudad con todos sus detalles e intimidades y cumplían una serie de funciones urbanas fundamentales: hacían diligencias, repartían cartas, retiraban de la ciudad muebles y trapos viejos que luego redistribuían o vendían. Formaban parte de la instrumentación de la vida urbana.

En el nivel en que se situaban eran bastante útiles. Hasta el segundo tercio del Siglo XIX no se planteó el problema como un peligro.

A partir de la epidemia de cólera de 1832, que comenzó en París y se extendió a toda Europa, se consideró que la convivencia de pobres y ricos constituía un peligro sanitario y político para la ciudad, y ello originó el establecimiento de barrios pobres y ricos. El poder político comenzó entonces a intervenir en el derecho de la propiedad y de la vivienda privada.

En Inglaterra, país que experimentaba el desarrollo industrial, y, por consiguiente, el desarrollo del proletariado —más rápido e importante— aparece una nueva forma de medicina social. Es esencialmente la "Ley de los Pobres" lo que convierte a la medicina inglesa en medicina social, en la medida en que las disposiciones de esa ley implicaban un control médico del necesitado.

De manera general se puede afirmar que a diferencia de la medicina del Estado alemán del Siglo XVIII, aparece en el Siglo XIX y sobre todo en Inglaterra, una medicina que consistía, esencialmente, en un control de la salud y del cuerpo de las clases más necesitadas, para que fueran más aptas para el trabajo y menos peligrosas para las clases adineradas.

El sistema inglés de Simon y sus sucesores, permitió la realización de tres sistemas superpuestos y coexistentes: una medicina asistencial dedicada a los más pobres, una medicina administrativa encargada de problemas generales, como la vacunación, y una medicina privada que beneficia a quien tiene medios de pagarla: (16).

9. DESARROLLO DE LAS INSTITUCIONES QUE DAN SALUD EN EL PAIS

Al tratar de hacer un análisis histórico del surgimiento y evolución de diferentes formas de organización de las comunidades en Colombia, para proveer atención de salud a sus miembros, nos encontramos con que no se ha contado en Colombia con una historia nacional, verdaderamente científica, que muestre

la interrelación de los hechos históricos, no como "relatos anecdóticos" de fenómenos aislados, sino como parte de un proceso, regulado por leyes objetivas, que es preciso descubrir si queremos llegar a la raíz de los mismos fenómenos y encontrarles sentido.

En la *época precolombina* se prestaban diversas formas de atención médica en las diferentes tribus. Este tipo de atención fue la base de nuestra posterior medicina folclórica, o tradicional como la llaman actualmente, y ejerció gran influencia en la medicina europea, que luego se aplicó teniendo en cuenta los relatos que los cronistas españoles y los mismos conquistadores hicieron de ella.

Colonialismo español

La atención de salud en esa época estaba básicamente a nivel individual o de pequeñas comunidades. Durante ella se organizaban los esfuerzos de la comunidad para atender la población en épocas de epidemias.

Las campañas dedicadas en especial a la aplicación por protomédicos, visitantes o inspectores de una legislación sanitaria rígida, copiada o incentivada por países de mayor desarrollo, fundamentalmente España, para lograr el control de las farmacias, supervisión de hospitales, lo mismo que programas de saneamiento de algunos tipos de establecimientos y el control de la viruela, la fiebre amarilla y la fiebre tifoidea, fueron los hechos más notables de esta época.

Según Guillermo Restrepo Ch., en esta época de la atención para la salud en lo que hoy es Colombia, se pueden distinguir cuatro tipos de organización o subsectores como los denominamos actualmente: oficial, de caridad, de previsión social y privada.

Atención de salud oficial

Frecuentemente las expediciones de los conquistadores venían acompañadas de médicos españoles, cuyo trabajo estaba dirigido a atender la tropa. Así, Cristóbal Colón desde su primer viaje trajo al profesor de medicina García Fernández. Muchos de estos médicos quedaban al servicio de los encomenderos y autoridades españolas de la Colonia.

Se sabe de algunas medidas tomadas por el Adelantado Pedro Fernández de Lugo, en 1509, con motivo de una nueva epidemia, al parecer de fiebre amarilla, (Centro de Investigación y Acción Social. La revolución demográfica, Bogotá, Tercer Mundo, 1966).

En 1636 se creó el Protomedicato, cuyas funciones eran las de autorizar a los médicos y boticarios para el ejercicio de la medicina y la farmacia, respectivamente.

En 1791, por orden del virrey Ezpeleta, se confinaron los leprosos que había a la Isla de Caño de Oro. Sólo hasta 1801 (cuando ya se había dado paso en busca de la Independencia) se creó la primera organización administrativa, la Junta de Salubridad, por orden del virrey Mendinueta, para combatir una epidemia de viruela. Estaba formada por dos oidores de la Real Audiencia.

Atención de salud de caridad (Filantrópica)

Esta era suministrada por los mismos profesionales que ejercían la práctica privada. A veces, el clero contrataba médicos para que prestaran servicios a los indígenas.

Otra forma de caridad la constituían los hospitales que se creaban como iniciativa de la Iglesia o de particulares.

Guillermo Restrepo, tomando citas de Peter Hall y Nikolai Polipenko, identifica la existencia de un subsector de *Previsión social*. Anota que al establecerse los resguardos a finales del Siglo XVI se crearon unos fondos cuya finalidad era "Aliviar las necesidades de los indios y entre ellas atenderlos en sus enfermedades".

Nos cuenta que bajo el virrey Flores se establecieron y organizaron en 1777 mutuales de artesanos, cuya finalidad, entre otras, era "el mantenimiento de algunas viudas de artesanos, dotes de sus hijas huérfanas", etc.

Atención médica privada

La atención médica "científica" en este "subsector" servía a una pequeña proporción de la población, en especial de las zonas urbanas, en donde estos médicos, sobre todo españoles y muy pocos franceses, ingleses y portugueses, ejercían un tipo de medicina fundamentalmente ambulatoria.

En 1636 se estableció la primera cátedra para preparar médicos en el Colegio de los Jesuitas; hasta entonces todos los médicos llegaban de Europa.

En 1801, por Real Cédula, se ordenó abrir cursos de medicina en el Colegio del Rosario, con igual pensum a los de España.

El doctor Guillermo Restrepo, aun cuando anota que: "A pesar de lo anterior, atención oficial, de caridad, previsión social y privada, la 'mayoría de la población' era atendida por curanderos, los cuales en general tenían un gran prestigio en la comunidad indígena, ya que eran los herederos de los métodos tradicionales de atención en las tribus"; falla en el hecho de que no identifica como otro "subsector" el de la *medicina folclórica*. (17).

El doctor Alberto Vasco, en su memoria presentada en la Escuela Latinoamericana de Sociología en Santiago de Chile, hace una categorización de la evolución de la medicina en América Latina, tomando como punto de partida un análisis histórico de la formación económico social latinoamericana, la cual va más allá del registro de los hechos, tratando de encontrar las verdaderas raíces del desarrollo de la salud pública colombiana. (18).

Primer momento: La producción de medicina afuera y su *importación*. Podemos remontar el proceso de desarrollo de la medicina a aquellos profesionales que vinieron con los primeros conquistadores y cuyo único fin era el de velar por la sobrevivencia de éstos y sus soldados.

El instalarse en América las primeras formas de administración relativamente estables, se originó una corriente de bienes de consumo hacia América, en la que se incluía a algunos médicos destinados a mantener la salud del personal al servicio de la corona.

Los indígenas y los esclavos, por su parte, acudían a sus propias formas de medicina que en aquella época no estaban reglamentadas ni perseguidas.

Caracterizando este período de colonialismo español podemos decir que:

1. Existía un grupo de médicos españoles vinculados a las cortes virreinales.
2. Había también un grupo de médicos españoles o criollos vinculados a las nuevas clases que se formaban en América.
3. La característica común a todos ellos era satisfacer una demanda cada vez más creciente, para lo que necesitaban fundamentalmente conocimientos "prácticos".
4. Había un desestímulo de todo conocimiento en profundidad por las razones descritas y por la ausencia total de instituciones que lo permitieran.
5. Se producía la marginación completa de los indígenas y los esclavos, a quienes no había que curar, sino reponer.
6. El ingreso de los profesionales era alto debido al aumento de una clase con capacidad de consumo y a la ausencia de formación profesional adentro.

Estas condiciones configuran el terreno propicio para la transición a una nueva etapa.

Segundo momento: La producción de medicina adentro.

La consolidación de una estructura clasista en América, basada en una incipiente burguesía y el hecho de que esta burguesía se hubiera constituido en un medio con características nacionales que propiciaban la *independencia de España* y favorecía un nuevo tipo de vinculación con Inglaterra, ocasionaron una serie de modificaciones en la estructura social.

Al romperse las relaciones con España, se produce una ruptura en los flujos de abastecimiento y dentro de ello, la importación de médicos prácticos.

Surgió entonces la necesidad de organizar adentro la producción de personal que atendiera la demanda de salud de la nueva clase. Los requerimientos fundamentales de esta "burguesía", si así podemos llamarla, eran esencialmente de tipo práctico.

Aun cuando inician un proceso de investigación médica de búsqueda de conocimientos, era un tanto difícil por las razones arriba anotadas; tampoco interesaba empezarlo por cuanto el mismo desarrollo previo había ubicado, de manera que parecía como "natural", el centro de investigación y cultura al otro lado del mar.

Son estos los rasgos fundamentales que han orientado al posterior desarrollo de una universidad eminentemente profesionalizadora, de un tipo determinado de estructura profesional y de una forma científica específica de desarrollo de la profesión médica, en la que aún nos encontramos (18).

Epoca de la República

En la obra citada de G. Restrepo Ch. y A. Villa V., al hablar de la época de la República la divide en tres etapas: A. - del individualismo; B. - del intervencionismo de Estado (a partir de 1886) y C. - del Estado empresarial (a partir de 1968).

En la segunda etapa identifica una "fase del bienestar" que se inicia a mediados de la década del 40 y va hasta finales de los años 50, caracterizada básicamente por la creación de la Caja Nacional de Previsión, mediante la Ley 6a. de 1945 y por la promulgación y puesta en ejecución de la Ley 90 de 1946 sobre Seguridad Social.

Gran trascendencia tuvo el Decreto 3842 de 1949, por el cual se asignan las funciones correspondientes a cada uno de los niveles de la estructura sanitaria y se crea el servicio social obligatorio para los médicos.

El Instituto Colombiano de los Seguros Sociales se crea con el fin de atender los riesgos de: enfermedad y maternidad, accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, invalidez, vejez y muerte.

El Seguro Social Colombiano inició la prestación de los servicios con la asunción de los riesgos de enfermedad profesional y maternidad.

En esta etapa, el ejercicio de la medicina privada se hizo más costoso; por lo tanto se redujo cada vez más a pequeños grupos de la comunidad, y se fue institucionalizando con la formación de núcleos de especialistas que al trabajar asociados hacen un ejercicio con orientación exclusivamente de ánimo de lucro.

En la etapa del Estado empresarial hablan de una "fase de la Seguridad Social" que partiría de 1968 con la definición, por parte del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, de la atención del menor abandonado y su familia, dada por la Ley 752 de ese año; la ampliación de la cobertura por parte del ICSS a los trabajadores independientes en 1971 mediante el Decreto 433 y a los familiares dependientes de los trabajadores en 1974 por Acuerdo del mes de marzo de la junta directiva de ese instituto; hechos que de desarrollarse totalmente elevarían la cobertura a un 60% de la población del país.

Otros hechos importantes serían: la ampliación de coberturas dada por el ICBF por el Acuerdo 0026 de marzo de 1976 que implica el establecimiento de niveles departamentales, regionales y locales y la ampliación de coberturas para programas de atención integral a lactantes y preescolares que se lograría con la aplicación de la Ley 27 de 1974 y la 7a. de 1979.

Como coadyuvante decisivo para esta fase, aparece el amplio desarrollo de las cajas de compensación familiar en la prestación de servicios de salud y recreativos.

Como antecedente importante, fuera de los enunciados, figura la política que el Ministerio de Trabajo preconizara en 1960: "Una seguridad social integral con la unión de la previsión, la asistencia y la salubridad". (17).

En cuanto a la época contemporánea se puede observar que hay cuatro clases de atención de salud fácilmente identificables en nuestro sistema de salud.

—*Atención médica académica o de 1a. clase:* Es la que traza las pautas del desarrollo tecnológico; corresponde a lo que se enseña en las universidades y se practica en parte en la medicina privada (15%).

—*Atención médica económica o de 2a. clase:* Corresponde a la que se presta en las instituciones de seguridad social (10% de la población).

—*Atención médica política o de 3a. clase:* Es la que se da en las instituciones oficiales de salud (39%).

—Aparte de estas tres formas de medicina institucionalizada, existe un 36% de población no accesible a estos tres tipos de medicina, que seguramente practica la *medicina no institucionalizada*, es decir, que consulta, sí, pero no necesariamente al médico, puede ser al curandero, al farmacéuta, al amigo o por qué no, a sí mismo (18).

La mayoría de clasificaciones "oficiales" de los subsectores de salud olvida este tipo de medicina, puede ser porque a nadie le extraña que una comunidad indígena requiera satisfacer sus necesidades a través de la organización misma de su comunidad. En igual forma, sectores desvinculados de la sociedad, excluidos del proceso político y de la propiedad, tienen dificultad para buscar en esa tecnología la solución a sus problemas y tienden, por el contrario, a arreglarlos con los elementos de su propia organización, de su propio nivel.

Este breve análisis nos lleva a la necesidad de hablar de dos tipos de medicina o de atención de salud:

1. De una que corresponde al desarrollo del tipo de organización social dominante, a la que llamaremos *medicina institucional*, y
2. De otras formas que intentan resolver el problema de la salud como *medicina no institucionalizada o medicina informal*.

El *subsector oficial* trata de ir implantando, casi sin raciocinio, las políticas expresadas por los organismos internacionales de salud para los países en desarrollo. Sin embargo, casi ninguna de estas orientaciones logra pasar la etapa del planeamiento, debido a que cada presidente establece su propio plan de desarrollo económico-social (generalmente ya en la segunda mitad de su mandato) y todos ellos resultan desarticulados entre sí.

En cuanto a la estructura formal de este subsector cada vez se parece más a la de los países socialistas, con la diferencia de que en Colombia, no funciona en

la práctica, debido ante todo a la falta de auténtico interés por hacerla funcionar y en segundo lugar a la falta de los recursos de todo tipo, imprescindibles para llegar a obtener los resultados previstos.

El *subsector de la seguridad social* surgió a mediados de los años 40 como resultado de las luchas reivindicativas organizadas por los trabajadores, quienes obtuvieron por esa época la reforma laboral de López Pumarejo, la creación del Sena como respuesta a sus exigencias de capacitación profesional, del ICSS para atender la salud del grupo de trabajadores de la industria y de la Caja Nacional de Previsión para los trabajadores del sector oficial.

Sin embargo, de la tríada de aportantes teóricos para su funcionamiento son los trabajadores quienes cargan con todo el peso de su sostenimiento, ya que el Estado no cancela sus aportes y el empresario se los suma al precio de la mercancía que produce.

La *medicina privada* a la cual sólo tiene acceso alrededor de un 15% de la población, cuenta con el respaldo y el apoyo del Estado y funciona bajo el sistema de libre empresa, prácticamente sin ningún tipo de control.

En la década del 70 se fue sofisticando aún más y ampliando su cobertura a través de los seguros médicos que son una forma más de captación de nueva clientela para los médicos.

Finalmente, la salud no se considera como una parte integrante del desarrollo y un derecho por sí misma, sino como un medio o una inversión para obtener más productividad del llamado núcleo laboral.

Para el resto de la población que no trabaja, por su edad, salud, desempleo y otros factores, el concepto que guía la prestación de los servicios de salud es la caridad, y entonces vemos cómo en Colombia, con las instituciones oficiales y con su patrocinio, prosperan las asociaciones "filantrópicas": Rotarios, Leones, Cruz Roja, San Vicente de Paúl, Damas Voluntarias y hasta Teletón.

Por estas mismas razones, la atención de salud está enfocada hacia la curación. La prevención ocupa un segundo lugar, se hace muy poco en los aspectos de promoción de la salud y de rehabilitación física y por ende, prácticamente nada en cuanto a rehabilitación social.

REFERENCIAS

1. SINGERIST, Henry. E. Historia y sociología de la medicina. Editado y traducido por Gustavo Molina G. Bogotá. Editorial Guadalupe, 1974.
2. LEONTIEV, L. Economía política en preguntas y respuestas. Boletín del CEIS No. 4. Bogotá, mayo de 1973.
3. LANGE, Oskar. Los modos de producción y las formaciones sociales. Santiago, OPS/CPPS, marzo de 1972.

4. VASCO, U. Alberto y otros. Situación actual en Colombia y su incidencia en salud. Revista de la Federación Latinoamericana de Médicos Residentes. Año 1, No. 1. Bogotá, junio de 1972, pp. 3-24.
5. LISITSIN, Yu. Higiene social y administración sanitaria. Moscú: Medicina, 1973 (En ruso).
6. IZUTKIN, A.M. Sociología y salud pública. Gorki: V.V.K.I., 1968 (En ruso).
7. GRININA, O.V. Estado de salud de las familias de los trabajadores. Salud Pública Soviética. Moscú, 1964, No. 11 (En ruso).
8. LISITSIN, Yu. La sociedad y la salud del hombre. Moscú, 1970 (En ruso).
9. LAURELL, Cristina. Salud y trabajo. Apuntes de una conferencia. Bogotá, U.N., septiembre 30 de 1982.
10. ZHURAVLIOVA, C.I. Estadística y salud pública. Moscú, Medicina, 1981 (En ruso).
11. VARELA, Ana Luisa V. de. La familia como unidad de observación en las investigaciones de salud. III Coloquio sobre: "Ciencia e investigación en enfermería". Barranquilla, septiembre 20 - 30 de 1982.
12. OFICINA SANITARIA PANAMERICANA. Riesgos del ambiente humano para la salud. Publicación Científica No. 329, Washington, 1976.
13. SCHEPIN, O.P. Salud pública de los países extranjeros. Moscú: Medicina, 1981 (En ruso).
14. BIBIK, L. y KRIAZHER, V. El sector de los servicios al alcance de todos. Moscú: APN, 1973.
15. SERENKO, A.F. y ERMAKOV, V.V. Higiene social y administración sanitaria. Moscú: Medicina, 1977 (En ruso).
16. FOUCAULT, Michel. Historia de la medicalización. Educación Médica y Salud. 11 (1): 3 - 25, 1977.
17. RESTREPO, Ch. Guillermo y VILLA, V. Agustín. Desarrollo de la salud pública colombiana. Medellín, Universidad de Antioquia. ENSP, 1980.
18. VASCO, U. Alberto. Hacia una mayor comprensión de la salud y la medicina. Medellín, Escuela Nacional de Salud Pública, 1973.
19. FUNDAMENTOS DE FILOSOFIA MARXISTA - LENINISTA. Moscú: Academia de Ciencias de la U.R.S.S., 1975. p. 226.
20. VASQUEZ Ochoa, Luz Stella. Participación de la comunidad en salud. Medellín: Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia, 1980.
21. GRANSCI, Antonio. Los intelectuales y la organización de la cultura. Editorial Juan Pablos. México, 1975. p. 18.
22. SIERRA, Enrique.
23. ESCALANTE A. Carlos. Metodología de la investigación socio-médica. Bogotá: Editorial Tercer Mundo, 1979. p. 16.

