

# *Temas médico-sociales en México.*

## La maestría en Medicina Social y la revista *Salud Problema*

JOSÉ ARTURO GRANADOS COSME\*,

GUADALUPE DELGADO SÁNCHEZ\*\*



Mediante un análisis bibliométrico de la revista *Salud Problema* se describe el desarrollo de los temas que han interesado a la maestría en Medicina Social que se imparte desde hace treinta años en la Universidad Autónoma Metropolitana (México), y a lo largo de los cuales se han formado los especialistas en el campo sociomédico en esta institución. Se identifican tipos de trabajos, temas, subtemas y tendencias en el tiempo. El análisis estadístico permite precisar continuidades, recurrencias y ausencias en los problemas abordados por la medicina social; el análisis muestra los principales aportes de este campo científico al estudio de la salud colectiva en el que resalta la documentación de la desigualdad social ante la salud, la enfermedad y la atención médica. Los hallazgos pueden contribuir al enriquecimiento de los contenidos de programa académicos en salud pública, medicina social y ciencias sociales aplicadas a la salud.

*By means of a bibliometrical analysis of the academic review Salud Problema the author describes the development of some relevant subjects taught in the Master in Social Medicine of the Universidad Autónoma Metropolitana, in Mexico, in which this institution's experts in social medicine have been trained. The author identifies in a diachronic study different types of jobs, subthemes and trends. The statistic analysis allows to explain precisely continuity, recurrents and absences in the subjects tackled by social medicine and shows the main contributions of this scientific field to the study of collective health. The findings may contribute to make richer the contents of the academic programs in public health, social medicine and social sciences applied to health.*

Medicina social / Salud / Posgrados en salud / Salud pública / Salud colectiva  
*Social medicine / Health postgraduate studies / Public health / Collective health*

•

Recibido: 7.07.2005 / aprobado: 29.08.2006

## INTRODUCCIÓN

### ¿Qué es la medicina social?

La medicina social (MS) es el estudio de los aspectos sociales del proceso salud-enfermedad de las poblaciones. Al ser un campo del conocimiento (y no una disciplina científica), la MS recurre a las ciencias sociales (sociología, antropología, ciencia política, economía, filosofía), a las ciencias de la salud (epidemiología) y a las ciencias biomédicas para comprender la complejidad que entrañan los problemas de salud-enfermedad de los grupos sociales (UAM, 1975). Por tratarse de un campo multidisciplinario, la MS también recurre a diversas metodologías e instrumentos (estadística, etnografía; entrevista) para la generación de datos.

Como toda actividad científica, la MS es desarrollada por investigadores y programas académicos de posgrado que han conformado una corriente teórica que analiza los problemas de salud-enfermedad de las poblaciones con un enfoque que la distingue de la corriente denominada salud pública. De ahí que, con frecuencia, se haga referencia a la MS como una “corriente de pensamiento”; lo cual coincide con la distinción que se hace de las “corrientes” sociológicas; respecto a éstas, la MS ha optado por el materialismo histórico como referente teórico fundamental.

La MS ha delimitado su campo al configurar sus dos objetos de estudio; el primero es la forma en que el proceso salud-enfermedad se distribuye en las poblaciones e incluye los procesos sociales que determinan dicha distribución; el segundo objeto es la forma en que las sociedades buscan resolver sus problemas colectivos de salud mediante diferentes prácticas en salud y mediante las políticas sanitarias.<sup>1</sup>

La MS tiene como postulados teóricos que las condiciones de salud y enfermedad de los grupos humanos dependen de las modalidades con que cada formación social produce, distribuye y consume los satisfactores necesarios para su reproducción social. En ese sentido, las desigualdades en salud que presenta una sociedad son consecuencia del modo de producción vigente. En ese orden de ideas el proceso salud-enfermedad colectivo es histórico en sí mismo. Al mismo tiempo, tanto la práctica médica como las políticas en salud vigentes son resultado de complejos procesos de hegemonía y subordinación que también se derivan del modo de producción. Según la MS, los dos objetos de estudio mencionados tienen determinaciones económicas, políticas y culturales (Donnangelo y Pereira, 1976).

La MS se ha desarrollado en programas académicos y publicaciones especializadas en el campo, aunque también ha estado vinculada a movimientos sociales cuyas demandas incluyen la salud, y recientemente ha encontrado en las políticas públicas de gobiernos de centro-izquierda un importante campo de acción. En el presente trabajo se analizan los temas que han sido abordados por uno de los programas de posgrado más importantes de este campo científico en México y Amé-

\* Profesor e investigador de la maestría en Medicina Social. Universidad Autónoma Metropolitana. Correo electrónico: jcosme@correo.xoc.uam.mx

\*\* Asistente de investigación del área Estado y Servicios de Salud. Universidad Autónoma Metropolitana. Correo electrónico: gdelgado@correo.xoc.uam.mx

rica Latina: la maestría en Medicina Social (MMS) de la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM) que recientemente cumplió treinta años. Para tal propósito se realizó una caracterización de la producción científica publicada en la revista *Salud Problema* que edita el programa académico mencionado.

## ANTECEDENTES

### La medicina social en América Latina

La MS tiene sus orígenes en Europa, a mediados del siglo XIX con los postulados de Neumann y Virchow. Ellos planteaban que la mayor proporción de enfermedades se deben a las condiciones sociales en que se desarrolla la población y que, por lo tanto, la investigación científica debía orientarse a clarificar la relación entre tales condiciones y los problemas médicos. En ese orden de ideas, Virchow afirmaba, además, que si la sociedad está obligada a proteger la salud de sus integrantes, las acciones para lograrlo debían incluir medidas clínicas y sociales. Con estas premisas, se definieron las funciones de la salud pública (Rosen, 1985; Paim y Almeida, 1998; Tajer, 2003).

Más tarde, con la influencia del fortalecimiento de las ciencias duras frente a las humanas o sociales, el apogeo de la microbiología en el campo de la salud y el predominio de las teorías unicasalistas de las enfermedades, la medicina se volcó sobre las causas biológicas e inmediatas de los padecimientos, así como sobre sus manifestaciones individuales, mientras tanto, las condiciones sociales perdían interés (García, 1981) y la MS sufrió un estancamiento en su desarrollo. Posteriormente, el estudio sobre la causalidad de las enfermedades avanzó hacia las teorías

multicausales o ecológicas en las que se intentó, con la noción de factores sociales, recuperar la dimensión social en el estudio de las condiciones de salud-enfermedad. Este nuevo alcance fue favorecido por los aportes de la sociología estructural-funcionalista o sociología durkhemiana que dominaba en la medicina. La salud pública moderna es heredera directa de esta tradición sociológica (evolucionista y positivista), su principal rasgo es que considera a la sociedad como una sumatoria de individuos y, en términos de salud, esto se expresa en una concepción de la enfermedad como desviación de la normalidad (Canguilhem, 1984; Foucault, 1979; 2000) o como disfunción del sistema (Parsons, 1976); con estas bases teóricas se diseñaron importantes programas de posgrado y se formularon sistemas de atención médica que, por basarse en el modelo médico hegemónico (Menéndez, 1990) privilegiaron las acciones curativas e individualizadas, el uso de alta tecnología y la medicalización de prácticamente todos los padecimientos. El carácter hegemónico de la salud pública se impuso también en los modelos de enseñanza, principalmente en la epidemiología. En lo que se refiere a las estrategias estatales, esta perspectiva se institucionalizó en política sanitaria (Waitzkin y Waterman, 1984).

Después de importantes avances, en la década de los sesenta tiene lugar la crisis de la salud pública moderna y sus modelos de atención y enseñanza. Dicha crisis se caracteriza por el aumento en los costos de la atención médica, aumento en el consumo de fármacos<sup>2</sup> y alta tecnología, incremento de la intervención médica en los comportamientos sociales<sup>3</sup> y de la iatrogenia. Además, aunque se observaron cambios en los principales indicadores de enfermedad y muerte, éstos fueron limi-

tados o desiguales y terminaron por estancar los avances en los perfiles de morbilidad. <sup>4</sup> Otras características de la crisis de la salud pública fueron: la aceptación de que algunas medidas realizadas en las unidades domésticas pueden ser igualmente (o más) eficaces, el reconocimiento de los daños a la salud que genera el consumo de alcohol o tabaco y, en cambio, la subordinación del sector salud al poderío de estas industrias, así como el reconocimiento de que la práctica médica ejerce funciones de control social más allá de sus acciones curativo-preventivas. De hecho, la estrategia internacional conocida como la atención primaria a la salud, promovida por los organismos sanitarios internacionales y que surgió a finales de los setenta, fue una respuesta a la crisis y, al mismo tiempo, una crítica proveniente desde la misma salud pública moderna (Menéndez, 1990). Otras críticas provinieron de perspectivas teóricas alternativas como la MS, entre los hechos que permitieron su resurgimiento, ahora en América Latina.

La crisis de la salud pública moderna, los movimientos sociales en distintos países, así como el auge del marxismo en las ciencias sociales a partir de los años sesenta, abrieron la posibilidad de retomar y continuar el desarrollo de los postulados fundamentales de la MS. Seguidores de Virchow habían migrado a América Latina y colaboraron en el diseño de los currículos de medicina de algunas universidades sudamericanas (Buchanan *et al.*, 2003). Posteriormente, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) promovió la creación de programas académicos con enfoques no convencionales (Tajer, 2003). Tal coyuntura dio lugar a la conformación del núcleo académico mexicano de MS que radica en la UAM y que for-

muló el programa de MMS, el primer posgrado de esta Universidad (Waitzkin y Waterman, 2001).

A pesar de contar con una larga trayectoria, la producción científica de la MS latinoamericana es poco conocida fuera de la región y requiere que los aportes de sus programas académicos sean evaluados. En ese sentido, la revista *Salud Problema* es un referente idóneo para caracterizar la evolución de la MMS por las siguientes razones: se trata de una publicación surgida de este programa, las líneas editoriales son definidas por el núcleo académico que además ha formado parte fundamental de la dirección, comités editoriales y consejos consultivos nacionales e internacionales. Además, parte sustancial de lo publicado en *Salud Problema* es resultado del trabajo investigativo de los docentes y forma parte de los contenidos del programa académico en virtud de la bibliografía básica de los módulos mediante los cuales se imparte (Garduño, 2005; Blanco, López y Rivera, 2006; Granados y Tetelboin, 2006).

La estrecha relación entre *Salud Problema* y la MMS permite identificar, por medio de la primera, los temas y problemas de salud en los que el programa académico ha aplicado sus referentes teórico-metodológicos y mediante los cuales ha formado a sus egresados. Al relacionar los intereses científicos en que se ha desarrollado la MMS con problemáticas sanitarias que han surgido, resurgido o que se han incrementado en los últimos años, pueden identificarse también los pendientes en el campo médico social.

### La revista *Salud Problema*

*Salud Problema* es una de las primeras publicaciones periódicas que edita la

UAM y también una de las primeras creadas en la región para promover el enfoque médico-social. En enero de 1978 apareció su primer número; desde entonces y hasta el año 2004 se habían publicado 43 números. Su surgimiento estuvo motivado por la necesidad de un espacio para debatir sobre la medicina (Escudero, 1978), y sus modelos de práctica y enseñanza. Cabe recordar que la MS postulaba que la medicina había agotado su capacidad explicativa de los fenómenos de salud y enfermedad por enfocar estos problemas con una visión disciplinaria y fuertemente biologicista que, además, había limitado su capacidad de respuesta a dichos problemas.

De esta manera, *Salud Problema* sería un espacio que difundiría los postulados teóricos y metodológicos, así como los hallazgos científicos de estudios basados en la MS. Con ello se buscaba avanzar en la definición de una corriente multidisciplinaria que incluyera las ciencias sociales, considerando que sólo así se podía abarcar la complejidad de los problemas de salud. Estas preocupaciones comunes marcaron el vínculo entre *Salud Problema* y la MMS. Más adelante, la revista llamó la atención de investigadores que, aunque no se habían formado en la MS, compartían los mismos intereses por la salud colectiva y buscaban marcos de interpretación alternativos. La MS se vio enriquecida por sus colaboraciones y el desarrollo de sus bases teóricas se vio ampliamente fortalecido. La periodicidad de la revista ha venido modificándose debido a dificultades presupuestales; en sus inicios la publicación fue trimestral y posteriormente semestral.

Las temáticas que han dado contenido a *Salud Problema* han estado motivadas, primero, por la permanente desigualdad

social ante la enfermedad, la muerte y la atención médica que prevalece en América Latina; segundo, por la emergencia de nuevos padecimientos y su impacto en las deterioradas condiciones en que viven amplios sectores de la población y, tercero, por la búsqueda de bases teóricas, procedimientos y técnicas más sólidas para la investigación y formación de especialistas en el campo. Estos tres rasgos han originado una amplia diversidad de trabajos: análisis teóricos, reportes de investigación y propuestas metodológicas. A continuación se presenta una caracterización del acervo histórico de la revista.

## MÉTODO

Se realizó un análisis bibliométrico sobre la producción científica que los investigadores afines a la MS han publicado en la revista *Salud Problema*. Los trabajos fueron clasificados en ensayos científicos, artículos, reseñas y revisiones bibliográficas. De acuerdo con las palabras clave y los resúmenes estructurados, los trabajos se clasificaron por tema y subtema. A partir de la distribución porcentual se analizan las tendencias por periodos de tiempo en el desarrollo de la MMS. Con la intención de plantear explicaciones a estas características, se realizó un análisis que relaciona los resultados estadísticos con el desarrollo de la MMS y el contexto sanitario.

El primer criterio para identificar el tema de cada trabajo fue el problema que se plantea en el resumen; el segundo fueron las palabras clave y el tercero, el título. El primer criterio para definir el subtema fueron los objetivos de cada trabajo, el segundo fue la población de estudio, el tercero, el método utilizado y el cuarto, los hallazgos (éstos últimos criterios en

los casos en que se trató de artículos originales). Dado que el objetivo del presente trabajo fue desarrollar una caracterización de la evolución de los intereses científicos de la MMS, el número y tipo de categorías fueron resultado de la exploración *in situ* de lo publicado y no de una definición previa.

## RESULTADOS

### Producción y difusión del conocimiento

La mitad de la producción científica publicada en *Salud Problema* son artículos originales (49%), la tercera parte se trata de ensayos científicos, el resto son reseñas (17%) y revisiones bibliográficas (4%) (véase cuadro 1). Lo anterior nos habla de la abundante evidencia científica que se ha difundido en artículos originales; pero además, de la permanente discusión teórica que se ha dado por medio de los ensayos y gracias a la cual se ha consolidado el marco teórico de la MS. Cabe mencionar al respecto que los ensayos han sido producidos, en su mayoría, por investigadores que han formado parte del núcleo académico mexicano, y que los artículos han sido producidos por ellos, pero además por egresados de la MMS y por autores de otras procedencias.

De acuerdo con la distribución porcentual de los temas, los más abordados son: las políticas (17.1%), el trabajo (13.1%), la formación de profesionales en salud (10.8%), los estudios de género (10.4%) y los problemas teórico-metodológicos (9.5%) (véase cuadro 2). Esta distribución se explica por la permanente definición de los dos objetos de estudio de la MS; por un lado, el objeto que se refiere a la distribución y determinantes del proceso salud-enfermedad tomó como base teórica al

trabajo, de ahí el predominio de estudios publicados sobre este tema, sobre el mismo objeto, los estudios de género han buscado documentar la distribución desigual entre varones y mujeres ante la enfermedad. Respecto al segundo objeto de estudio de la MS (la respuesta social organizada para el proceso salud-enfermedad), a éste pertenecen los temas: políticas de salud (el más frecuente del total), la formación de profesionales en salud y las prácticas en salud.

Llama la atención que para cada tema el rubro "Otros" es el que más trabajos aporta, lo cual nos habla de la diversidad de tópicos que se han abordado; la excepción es el tema de género en los que han predominado los estudios sobre mujeres.

También se identifican los temas por tendencias en periodos (véase cuadro 3):

*Temas que se mantienen* (con una aportación importante al total y permanente): políticas con aportes por periodo que van de 5.4% a 21.1% y sólo un periodo de ausencia; trabajo con aportes que van de 3.6% a 24.1% y dos periodos de ausencia; formación de profesionales en salud con contribuciones que van de 4.2% a 29.2% y dos periodos de ausencia. El tema más constante ha sido problemas teórico-metodológicos, que no muestra periodos de ausencia (de 4.8% a 38.1%) en la revista. Temas que surgen (cuya aportación es importante pero posterior al inicio de *Salud Problema*): género, que inicia sus colaboraciones en 1987, para después mantenerse entre 4.3% y 39.1%. Temas que desaparecen: fármacos, que inicia con una importante contribución entre 1978 y 1986 con contribuciones de 14.3% a 71.4% para después desaparecer. Temas con presencia fluctuante: prácticas, con un amplio periodo de ausencia (1981-1996); salud mental, con

tres periodos de ausencia, y nutrición, con seis periodos de ausencia.

*Distribución por tema:* el tema de políticas de salud tiene su mayor aportación entre 1996 y 2001 (de 18.9% a 21.6%); el tema de trabajo tiene su mayor aportación entre 1987 y 1992 (entre 21.4% y 25%); el tema formación de profesionales en salud muestra dos picos con alta aportación, uno entre 1978 y 1980 (28.6%) y otro entre 1999 y 2001 (33.3%); los estudios de género muestran su mayor aportación entre 1993 (21.7%) y 1998 (29.0%); el tema de prácticas en salud tiene una importante aportación en los inicios de la revista (6.3%), sin embargo, posteriormente hay una ausencia prolongada que contrasta con un sobresaliente aumento de trabajos entre 1996 y 2001, aunque posteriormente vuelve a disminuir; los problemas teórico metodológicos muestran una presencia constante, ya que han mantenido su contribución en toda la historia de *Salud Problema*, y sus mayores aportes se presentaron entre 2002 y 2004; el tema de la salud mental es uno de los temas que más fluctuaciones mostró.

## DISCUSIÓN

### Aportes y retos de la medicina social

*Salud Problema* es una de las primeras publicaciones con enfoque médico social que se mantienen vigentes (otros casos en América Latina han desaparecido). La trayectoria de esta revista muestra que la amplitud de temáticas y la diversificación de subtemas, así como el predominio inicial de trabajos de corte teórico-metodológico y la posterior diversificación con un predominio de artículos originales permiten suponer una consolidación teórica del campo de estudio mediante la MMS.

El desarrollo compartido entre *Salud Problema* y la MMS es más visible en las etapas iniciales en virtud de que los autores de las colaboraciones eran, frecuentemente, los miembros del núcleo académico mexicano. En los trabajos publicados en los inicios de *Salud Problema* se recuperan referentes teóricos del marxismo para conformar un enfoque crítico en el estudio sobre la salud, la enfermedad y la atención médica. Se trata de trabajos en los que se enfatizan las particularidades de la MS y sus diferencias con la salud pública moderna (Laurell, 1978; Breihl, 1981; Laurell, 1982). En estos trabajos los investigadores debatían sobre los alcances y límites explicativos de las distintas corrientes teóricas, sus conceptos y metodologías. Se entiende que lo anterior es un proceso indispensable en cualquier campo científico en gestación, pero al mismo tiempo expresa la necesidad del programa de MMS por diferenciarse de programas académicos similares como maestrías en salud pública impartidas por instituciones distintas de la UAM y conformarse como una alternativa en la oferta de posgrados a profesionales que buscaban profundizar en el estudio de los problemas colectivos de salud.

En trabajos posteriores se identifica una aplicación más concreta del marco teórico de la MS a problemáticas particulares, incluso con estudios de caso. Otra característica que distingue a los periodos posteriores es la colaboración de autores externos que provoca una diversificación en los temas y subtemas, así como la mayor especificidad que aportan los estudios de caso. Por otra parte, el enfoque médico social llamó la atención de investigadores con intereses comunes, aun cuando no tuviesen la formación académica del campo.

La conformación de un marco teórico, basado en el materialismo histórico, y su gradual aplicación a problemas específicos, hizo posible que varias investigaciones publicadas documentaran la relación entre procesos macrosociales (económicos, políticos e ideológicos) y los patrones de morbilidad y mortalidad que muestran las poblaciones. De ahí que el estudio del trabajo y sus efectos en las condiciones de salud de la población adquiriera especial interés entre los colaboradores; esto porque el trabajo define la inserción de los individuos en la estructura social y, en consecuencia, define los daños a la salud (Rajchenberg, 1989; Noriega y Villegas, 1993; Cuéllar, 1996). Estos trabajos aportaron evidencias en torno a una premisa fundamental en la MS: que la desigualdad social, principalmente económica, genera desigualdades ante la enfermedad y la muerte.

Simultáneamente, en la MMS se reflexionaba sobre la formación de profesionales en salud y las modalidades en que se organizaban los servicios médicos, considerándolas prácticas sociales. La MS cuestionó los tradicionales rasgos de neutralidad y altruismo que se les atribuye a las profesiones e instituciones médicas, argumentando la funcionalidad de éstas en la reproducción de la fuerza de trabajo y en la acumulación de capital. En este mismo sentido, se explica el interés inicial de los investigadores sobre el tema de los fármacos cuya producción genera grandes ganancias, pero que implica altos costos a los servicios públicos. El aporte más sobresaliente de estos trabajos fue un enfoque crítico de las prácticas en salud (incluyendo la formación profesional); tal enfoque implica considerar su sentido político e ideológico, así como identificar las relaciones de hegemonía y subordina-

ción que se establecen entre ellas. Las políticas en salud son, entonces, “espacios” de definición de intereses de grupo, cobrando importancia la mercantilización de la atención médica y el derecho a la salud. Desde la década de los ochenta se observa en América Latina una transición en las políticas de salud que va de los regímenes de bienestar social a los de corte neoliberal, lo cual ha intensificado la producción de trabajos sobre este tema.

Además de la desigualdad en salud y las transformaciones en las políticas sanitarias, se agregaron nuevas evidencias. La profundización de las desigualdades a partir de la inserción laboral motivó en los colaboradores la aplicación de conceptos distintos al de clase social para documentar la desigualdad social. Es cuando adquieren relevancia los estudios de género que, inicialmente, abundaron en las condiciones de salud de las mujeres. Son indudables los aportes de las corrientes feministas en estos trabajos, aunque más recientemente se están incorporando estudios sobre masculinidad. En este caso se han desarrollado propuestas explicativas de la sobremortalidad masculina y la sobremorbilidad femenina (Garduño y Rodríguez, 1990; Garduño, 2001) y la diferencias en la prevalencia de trastornos mentales por género (Granados, 2001).

No obstante los aportes anteriores, la MS, por medio de lo publicado en *Salud Problema*, tiene importantes temas pendientes. Un caso ilustrativo es el VIH-sida, que aparece en la revista hasta 1996, ya muy avanzada la epidemia y apenas con tres artículos; esta “ausencia” impone uno de los retos más importantes para el campo y la MMS. Otros temas menos explorados son la salud reproductiva, violencia y medio ambiente; éstos requieren del campo médico social, ree-

laboraciones teóricas adecuadas y considerar, además de las económicas, otras determinaciones sociales de la salud y la enfermedad, como son las culturales que siguen siendo poco discutidas por esta corriente. Aunque la MMS cuenta con una importante trayectoria en el uso de metodologías cualitativas, *Salud Problema* requiere de trabajos que profundicen en el ámbito de la subjetividad para aportar mayores evidencias sobre el papel que juega el capital cultural en la desigualdad en salud.

Un tema inédito que tendrán que abordar, tanto la MS como la revista, es la implementación de políticas de salud en los gobiernos de centro-izquierda que, gracias a la democratización electoral de la región, se desarrollan en Uruguay, Venezuela, Brasil y la ciudad de México, y que incluso son diseñadas e instrumentadas por funcionarios formados en la MMS. La evaluación de estas transiciones políticas locales deberá ser igualmente crítica, lo

que contribuirá al desarrollo de mejores medidas para hacer realidad el derecho a la salud al que aspiran nuestras sociedades.

Por otra parte, para mantenerse vigente, *Salud Problema* deberá sortear las limitaciones que impone la permanente crisis económica en la región. Algunas revistas similares, como *Cuadernos Médicos Sociales* (Argentina), han dado por concluidas sus actividades y salido de circulación; los recursos financieros han sido la principal amenaza de las publicaciones con enfoque médico social. Por lo anterior, tendrán que diversificarse las vías de difusión. Actualmente los números de la nueva época de *Salud Problema* ya están disponibles en la internet y pueden ser consultados.<sup>5</sup> Esperamos que esta vía abra nuevos espacios para el intercambio de conocimiento científico Norte-Sur, no sólo para que investigadores de otras regiones conozcan con más detalle qué es la MS latinoamericana, sino para retroalimentar su capacidad explicativa.

<b>CUADRO 1 • Tipo de trabajos publicados en la revista <i>Salud Problema</i> 1978-2004</b>		
	Número	%
Artículos originales	108	49
Ensayo científico	67	30
Revisiones bibliográficas	9	4
Reseñas	38	17
<i>Total</i>	222	100

Fuente: Acervo histórico de la revista *Salud Problema* 1978-2004. Maestría en Medicina Social, Universidad Autónoma Metropolitana

<b>CUADRO 2 • Temas de la producción científica publicada en <i>Salud Problema</i> 1978-2004</b>		
Tema/subtema	Número	%
<b>1. Políticas</b>	38	17.1
Servicios de salud	7	3.2
Seguridad social	5	2.3
Análisis de sistemas	3	1.4
Participación social	3	1.4
Otros	20	9.0
<b>2. Trabajo</b>	29	13.1
Macroeconomía y trabajo	3	1.4
Problemas teórico-metodológicos en la relación trabajo y salud	4	1.8
Política laboral y salud	2	0.9
Formación de profesionales en salud laboral	1	0.5
Migración y trabajo	1	0.5
Otros	18	8.1
<b>3. Género</b>	23	10.4
Mujeres	15	6.8
Masculinidad	3	1.4
Sexualidad	1	0.5
Otros	4	1.8
<b>4. Formación de profesionales en salud</b>	24	10.8
Salud bucal	5	2.3
Investigación educativa	4	1.8
Otros	15	6.8

<b>CUADRO 2 • (Continuación)</b>		
<i>Tema/subtema</i>	<i>Número</i>	<i>%</i>
<i>5. Prácticas en salud</i>	16	7.2
Promoción de la salud	2	0.9
Otros	14	6.3
<i>6. Problemas teórico-metodológicos</i>	21	9.5
<i>7. Salud mental</i>	16	7.2
Salud mental y trabajo	6	2.7
Macroeconomía y salud mental	2	0.9
Problemas teórico-metodológicos en la salud mental	3	1.4
Formación de profesionales en salud mental	1	0.5
Otros	4	1.8
<i>8. Epidemiología</i>	14	6.3
Epidemiología y mortalidad	2	0.9
Epidemiología y migración	2	0.9
Otros	10	4.5
<i>9. Nutrición</i>	13	5.9
Estudios históricos	2	0.9
Estado nutricional en migrantes	2	0.9
Otros	9	4.1
<i>10. Fármacos</i>	7	3.2
Macroeconomía y fármacos	4	1.8
Políticas y fármacos	1	0.5
Otros	2	0.9
Otros temas	21	9.5
Total	222	100.0

Fuente: Acervo histórico de la revista *Salud Problema* 1977-2004. Maestría en Medicina Social, Universidad Autónoma Metropolitana

CUADRO 3 • Tendencias de los temas publicados en <i>Salud Problema</i> 1978-2004												
Periodo	Políticas		Trabajo		Formación de profesionales en salud		Género		Prácticas		Problemas teórico metodológicos	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1978-1980	4	10.5	4	13.8	6	25.0	0	0	1	6.3	4	19.0
1981-1983	5	13.2	0	0.0	0	0.0	0	0	0	0	2	9.5
1984-1986	3	7.9	0	0.0	1	4.2	0	0	0	0	1	4.8
1987-1989	0	0.0	7	24.1	2	8.3	3	13.0	0	0	1	4.8
1990-1992	5	13.2	6	20.7	1	4.2	2	8.7	0	0	1	4.8
1993-1995	2	5.3	2	6.9	2	8.3	5	21.7	0	0	1	4.8
1996-1998	8	21.1	6	20.7	0	0.0	9	39.1	6	37.5	1	4.8
1999-2001	7	18.4	2	6.9	7	29.2	3	13.0	6	37.5	2	9.5
2002-2004	4	10.5	2	6.9	5	20.8	1	4.3	3	18.8	8	38.1
<i>Total</i>	38	100.0	29	100.0	24	100.0	23	100.0	16	100.0	21	100.0
Periodo	Salud mental		Epidemiología		Nutrición		Fármacos		Otros		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1978-1980	0	0	2	14.3	1	7.7	5	71.4	1	4.8	28	17.2
1981-1983	2	12.5	3	21.4	0	0	1	14.3	2	9.5	15	7.5
1984-1986	1	6.3	3	21.4	0	0	1	14.3	3	14.3	13	6.2
1987-1989	0	0	1	7.1	0	0	0	0	2	9.5	16	6.4
1990-1992	0	0	0	0	0	0	0	0	3	14.3	18	6.0
1993-1995	3	18.8	0	0	0	0	0	0	0	0	15	7.1
1996-1998	1	6.3	2	14.3	11	84.6	0	0	6	28.6	50	23.5
1999-2001	8	50.0	1	7.1	1	7.7	0	0	2	9.5	39	19.5
2002-2004	1	6.3	2	14.3	0	0	0	0	2	9.5	28	6.7
<i>Total</i>	16	100.0	14	100.0	13	100.0	7	100.0	21	100.0	222	100.0

Fuente: Acervo histórico de la revista *Salud Problema* 1977-2004. Maestría en Medicina Social, Universidad Autónoma Metropolitana.

## REFERENCIAS

- BLANCO J., O. López y J.A. Rivera (2006), "Modulo Distribución y determinantes de salud-enfermedad. Maestría en Medicina Social", México, Universidad Autónoma Metropolitana.
- BREIHL, J. (1981), "La investigación social en la medicina", en *Salud Problema*, vol. 4, núm. 7, pp. 3-15.
- BUCHANAN, H.S. et al. (2003), "Increasing access to Latin American social medicine resources: a preliminary report", en *Journal of the Medical Library Association*, vol. 91, núm. 4, pp. 418-425.
- CANGUILHEM, G. (1984), *Lo normal y lo patológico*, México, Siglo XXI.
- CUELLAR, R. (1996), "Racionalidad capitalista y medicina del trabajo", en *Salud Problema*, vol. 17, núm. 26, pp. 41-46.
- DONNANGELO, MC y L. Pereira (1976), *La medicina en la sociedad de clases*, Sao Paulo, Librería Dos ciudades.
- ESCUDERO, J.C. (1978), "Editorial", en *Salud Problema*, vol. 1, núm. 1, p. 2.
- FOUCAULT, M. (2000), *Defender la sociedad*, México, Fondo de Cultura Económica.
- (1979), *El nacimiento de la clínica*, México, Siglo XXI.
- GARCIA, J.C. (1981), "La medicina estatal en América Latina/I (1880-1930)", en *Revista Latinoamericana de Salud*, vol. 2, núm. 30, pp. 73-104.
- GARDUÑO, M.A. (2005), "Modulo Salud y sociedad. Maestría en Medicina Social", México, UAM.
- (2001), "Determinación genérica de la morbilidad masculina", en *Salud Problema*, 6NE (núms. 10/11), pp. 29-36.
- GARDUÑO, M.A. y J.C. Rodríguez (1990), "Salud y doble jornada: taquilleras del metro", en *Salud Problema*, vol. 12, núm. 20, pp. 41-45.
- GRANADOS, J.A. (2001), "Identidad y género. Aportes para el análisis de la distribución diferenciada de los trastornos mentales", en *Salud Problema*, 6NE (núms. 10/11), pp. 37-46.
- GRANADOS, J.A. y C. Tetelboin (2006), "Modulo Práctica médica y política sanitaria. Maestría en Medicina Social", México, UAM.
- LAURELL, A.C. (1982), "Acerca de la reconceptualización de la epidemiología", en *Salud Problema*, vol. 5, núm. 8, pp. 5-9.
- (1978), "Investigación en sociología médica", en *Salud Problema*, vol. 1, núm. 1, pp. 5-9.
- MENENDEZ, E. (1990), *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*, México, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes/Alianza Editorial Mexicana.
- NORIEGA, M. y J. Villegas (1993), "La investigación participante en salud laboral", en *Salud Problema*, vol. 15, núm. 23, pp. 11-20.
- PAIM, J. y F. Almeida (1998), "Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas?", en *Saúde Pública*, vol. 32, núm. 4, pp. 299-316.
- PARSONS, T. (1976), "Estructura social y proceso dinámico. El caso de la práctica médica moderna", en *Biblioteca de la Revista de Occidente, El sistema social*, Madrid, pp. 399-444.

- RAJCHENBERG, E. (1989), "Modernización industrial y salud en el trabajo", en *Salud Problema*, vol. 11, núm. 16, pp. 45-48.
- ROSEN G. (1985), *De la policía médica a la medicina social*, México, Siglo Veintiuno.
- TAJER, D. (2003), "Latin American social medicine: roots, development during the 1990s, and current challenges", en *American Journal of Public Health*, vol. 93, núm. 12, pp. 2023-2027.
- UNIVERSIDAD Autónoma Metropolitana (UAM) (1975), "Programa Académico de la especialización y maestría en Medicina Social", México, UAM.
- WAITZKIN, H. et al. (2001), "Social medicine in Latin America: productivity and dangers facing the major national groups", en *The Lancet*, vol. 358, núm. 9278, pp. 315-323.
- WAITZKIN, H. y B. Waterman (1984), *La explotación de la enfermedad en la sociedad capitalista. Teoría social y medicina*, México, pp. 46-81.

## NOTAS

1. Como se verá más adelante, la MS, aunque comparte un origen común y objetos de estudio similares con la salud pública, se distingue de ésta en su base teórica. La primera parte de un enfoque fundamentalmente marxista y asume una postura analítica sumamente crítica de las limitaciones explicativas en torno a la salud del estructural-funcionalismo, base teórica de la salud pública. Por su parte, la epidemiología es una disciplina que, junto con otras, proveen de conocimientos a la MS, particularmente para su primer objeto de conocimiento (distribución y determinantes de la salud-enfermedad), aunque también sirve de sustrato para la configuración del segundo (respuesta social organizada a los problemas de salud), en especial para el análisis de las políticas sociales, los sistemas de salud y la correspondencia de éstos con las necesidades sanitarias de la población.
2. Que implicaba el aumento en los costos pero, además, una subordinación del poder "técnico" del gremio médico frente al poder económico de las empresas farmacéuticas.
3. La anormalización y "patologización" histórica de la homosexualidad es un buen ejemplo de la función normativa sobre el comportamiento sexual. Un ejemplo de la configuración de enfermedades "nuevas" es el síndrome hiperquinético en la infancia.
4. Aunque descienden las tasas de mortalidad y se incrementa la esperanza de vida, esta tendencia sufre un estancamiento y en casos como el de la mortalidad masculina se incrementa; por otra parte, los estratos sociales bajos siguen mostrando las tasas más altas de mortalidad y persiste la mortalidad por causas evitables.
5. <http://www.xoc.uam.mx/aportaciones/saludproblema.html>