

LA SALUD COMO CAMPO DE PRACTICA POLITICA

Muy pocos autores que se dediquen a la medicina social, en cualquier de sus variantes, estarían hoy dispuestos a negar que las actividades de salud son un campo de práctica política. En esta sección trataremos de examinar el contenido preciso de esa afirmación y de explorar sus posibilidades.

Una práctica política es, en nuestro concepto, una acción que afecta la distribución del poder societal global. Dicho poder se refiere a decisiones que debe tomar el conjunto de la sociedad y que abarcan en su ámbito al mismo conjunto; es decir, es una decisión que la sociedad toma respecto de sí misma. Y ello no es otra cosa que precisar como va a ser la sociedad que está tomando esa decisión.

Esta manera de expresar las cosas puede ocasionar una cierta confusión, ya que puede llevar a creer que se decide construir un tipo equis de sociedad de la misma manera que se aprueba la realización de un proyecto. Es importante señalar que esto no funciona así, sino que la sociedad que se construye es la resultante de un proceso en que se van planteando contradicciones que se resuelven y generan otras contradicciones, o que no se resuelven y se transforman en conflictos, los cuales se resuelven a través de negociaciones o luchas o no se resuelven y quedan pendientes dificultando el avance hacia formas organizativas que permitan la reelaboración de las contradicciones y conflictos a través de nuevos procesos. El desconocimiento de que la decisión de una sociedad sobre sí misma es este tipo de proceso contradictorio desemboca directamente en la formulación de políticas ideologizadas e ineficaces.

En términos más específicos, la afirmación de que las actividades de salud son un campo de práctica política significa que las decisiones que se toman en cuanto a las actividades de salud, afectan el poder de la sociedad acerca de su capacidad de autoconstruirse en una determinada dirección. Este proceso se realiza a través del desplazamiento de distintas formas de poder entre grupos sociales, de la posibilidad de su crecimiento o la facilitación de un acceso que an-

tes era difícil.

Estos dos elementos, la distribución del poder societal global y la importancia de la salud en esa distribución, es el tema que ocupa los siguientes párrafos.

Salud y práctica política del imperialismo

Dentro del juego salud-poder hay un desarrollo histórico cuyo conocimiento puede resultar de extraordinario interés para el manejo futuro de esa relación. La historia señala que el imperialismo ha utilizado las acciones de salud como parte de su práctica política frente a los ^apisos imperializados. Esta historia se encuentra registrada por testigos insospechables de parcialidad antiimperialista, en los archivos de algunos de sus promotores (1).

Las actividades de salud de los países centrales en los países periféricos comienzan en la época colonial, con el doble propósito de proteger a los colonizadores del contagio de las enfermedades que padece la población nativa y de mantener la fuerza de trabajo en condiciones de salud rentables (2). A mediados del siglo XVIII Inglaterra consolida esas actividades dispersas en la India con la creación de un servicio de salud (3).

Son por otra parte por demás conocidos los desarrollos que se suceden a partir de la apertura de zonas periféricas al comercio y la explotación económica. Las investigaciones sobre parasitología y bacteriología deben mucho a la actividad colonialista. Estos desarrollos incrementan su ritmo durante las guerras, regionales o mundiales (4).

Las actividades de salud dirigidas por los países centrales adquieren contornos políticos institucionalizados definidos durante el presente siglo, basados sobre todo en la política diseñada e implementada por la familia Rockefeller y la fundación que lleva su nombre. Es bueno recordar que al mismo tiempo que la Fundación Rockefeller desarrolla las actividades que se describen a continuación, otra institución similar, la Fundación Carnegie, impulsa y financia la producción del informe Flexner (5), de tanta trascendencia en la mo

dificación de la enseñanza de la medicina y su "cientifización".

Las actividades internacionales de salud no deben ocultar que detrás de éstas existe una relación de clases sociales y no solamente una relación entre países centrales y periféricos. La Fundación Rockefeller se crea en 1913, pero ya antes de esa fecha existía una Rockefeller Sanitary Commission que desarrollaba actividades de combate a ciertas parasitosis muy debilitantes en el sur de los Estados Unidos, para esa época una región con un alto potencial conflictivo (6). La Fundación define entre seis frentes de trabajo, tres de salud: el primero en orden de prioridad es Salud Pública, el tercero higiene mental y el sexto trabajo médico en China; los otros tres son investigación en relaciones industriales, ayuda para la guerra y promoción de cooperación en las mismas.

Los propósitos declarados de estas actividades no eran solamente filantrópicos (de ahí tal vez su éxito) y se basaban en cuatro puntos principales: 1) la consideración de que el control de recursos y mercados, en especial de los países no industrializados, era esencial para la prosperidad de los Estados Unidos de Norte América; 2) para ello se necesitaba desarrollar a los países atrasados; 3) se consideraba que las enfermedades tropicales (especialmente algunas parasitosis) eran un obstáculo para que la población de los países subdesarrollados recibieran los "beneficios de la civilización" y contribuyeran al desarrollo económico de sus países y 4) el convencimiento que la aplicación de los conocimientos científicos biomédicos mediante programas de salud pública, aumentaría la salud y capacidad de trabajo de esos pueblos y les induciría a aceptar la cultura industrial occidental y la dominación política y económica de los Estados Unidos de Norte América (7).

Los tres primeros puntos son conocidos ampliamente y están insertos en la estrategia global del imperialismo. En cuanto al cuarto, basta la siguiente cita del presidente de la Fundación Rockefeller, señor George Vincent quien afirma: "Recientemente dispensarios y médicos han estado penetrando pacíficamente en áreas de las islas Filipinas y demostrando el hecho de que para propósitos de aplacar

pueblos primitivos y suspicaces la medicina tiene algunas ventajas sobre las ametralladoras" (8). Esta afirmación muestra dramáticamente que el aparente contrasentido entre un instrumento que sirve para matar y otro que sirve para dar salud, se resuelve en un mismo propósito de control político.

En la época actual (la afirmación citada fue hecha hace más de setenta años) no somos quizá, ni tan "suspicaces" ni tan "primitivos" pero seguimos siendo "aplacados" por las acciones de salud que promueve el imperialismo. Sólo que ahora hemos nacionalizado esa acción mediante los mecanismos de enseñanza y, en buena medida, a través de la institucionalización regional de la organización que originalmente dirigía esas actividades. En efecto, el primer Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, que es la oficina regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, fue el doctor Fred L. Soper, quien pertenecía al grupo que Brown llama los "Rockefeller medicine men" y que se había desempeñado como asesor y organizador de campañas e instituciones de lucha antimalaria en el continente americano y en otras regiones. A través de su actuación como director de la OSP, la organización que se creó, los programas que se desarrollaron y el enfoque general de los problemas de salud, se siguieron los mismo lineamientos que habían inspirado las actividades iniciales de la Fundación Rockefeller, sólo que adaptados ahora a los nuevos tiempos, esto es, adecuándose a las nuevas circunstancias que enfrentaba la región latinoamericana: la crisis del año 1930 y siguientes, el comienzo de la expansión industrial manufacturera y extractiva, las necesidades creadas por la segunda guerra mundial. La posguerra y las nuevas condiciones de la alianza entre América Latina y Estados Unidos de Norte América, con su liberalización y auge de movimientos nacionales, vuelve a redefinir la situación de los organismos internacionales de salud que, en consonancia con los nuevos tiempos, establecen ahora vínculos estrechos con agencias oficiales norteamericanas (AID) y con los bancos e institutos financieros internacionales que pasan a ser los controladores de este proceso (World Bank, BID, FMI, BIRF).

Reduccionismo e historia

Los análisis actuales acerca de las relaciones existentes entre las acciones internacionales de salud y la práctica política del imperialismo, parecen indicar que esa relación era conocida por la clase dominante de los países imperialistas pero no era visible casi para nadie más. Esta apariencia (o parecer) crea cierta confusión que amerita algunas consideraciones metodológicas. La confusión se genera en torno al posible papel de los personajes de la historia, o a la existencia de un plan maquiavélico de ciertos grupos para dominar a otros. En lo que sigue intentaremos aclarar estos problemas no en forma directa (esto es, no hablando de la apariencia) sino dando un rodeo que permita entender la práctica política de las acciones de salud (internacionales o nacionales) como una consecuencia necesaria de una interpretación de la salud como fenómeno científico.

Creemos que en la interpretación científica tradicional del fenómeno de salud existe un error reduccionista, entendiendo por tal el desplazamiento del nivel interpretativo que corresponde al fenómeno en estudio a un nivel "inferior", es decir a un nivel que abarca aspectos más limitados, menos ^{concretos} ~~abarcativos~~ de la realidad.

En el área biológica los trabajadores científicos nos tienen acostumbrados a una maniobra inversa, cual es la amplificación de los hallazgos en ese nivel para explicar el funcionamiento de la sociedad. Este abuso epistemológico que podría llamarse "imperialista" en el terreno de la ciencia, está basado en un razonamiento analógico que intentan encontrar regularidades generalizadas en el universo. Las extrapolaciones que se hacen son a veces burdas pero en ocasiones altamente sofisticadas, siendo en estos últimos casos sumamente difícil percibir la inconsistencia si no se está avisado del problema. La traslación de uno a otro plano siempre se hace pasando por conceptos abstractos que funcionan como leyes del nivel en que se ha hecho la observación (9).

Este fenómeno de la invasión de lo social por lo biológico asume, en algunos casos, pretensiones teóricas de tal magnitud que tien-

... en presencia de Walter Cronkite en el último capítulo
de "La historia del cuerpo" William Henry en su dedicación al ser
humano, diciendo que el cuerpo es el cuerpo y la conciencia, la vida
es un fenómeno, de François Morel "El azar y la necesidad"
François Morel "La lógica de la vida"

1

Instituto de Salud Colectiva
Universidad Nacional de Lanús

den a aumentar la confusión acerca del problema; tal es el caso del intento de creación de una disciplina como la sociobiología⁽¹⁰⁾. Aun reconociendo que es legítimo hacerse las preguntas que se han hecho los sociobiólogos no lo parece tanto dar ese nombre a sus interpretaciones de las respuestas encontradas, ya que sugiere que la explicación de los comportamientos sociales se encuentra en fenómenos que ocurren en el nivel biológico; sugiere también que lo social se agota a nivel del comportamiento, que es la superficie del comportamiento social todo lo que hay que saber del mismo, eliminando así toda la riqueza que significa el aporte de las ciencias sociales para el conocimiento de la sociedad.

El reduccionismo, o su inversa el imperialismo epistemológico, es tal vez la fuente principal de graves errores científicos en la interpretación de los fenómenos sociales. La manera específica en que un desplazamiento de niveles de realidad se transforma en un error es lo que podría llamarse la anecdotización de la historia; los hombres providenciales, héroes, genios militares o políticos, aparecen (en la interpretación historicista ⁽¹¹⁾) cuando lo social pierde su carácter esencial de fenómeno genético, cuando se interpreta la sociedad como un conjunto de individuos que se comportan según leyes "objetivas", fáciles o difícilmente observables pero que se explican sin más ayuda que la conformación de esos individuos como seres vivos. X

El reduccionismo y la ahistoricidad (que vienen a resultar más o menos lo mismo que el historicismo) se unen así en un círculo vicioso cuyo resultado final es la trivialización de la ciencia por una parte y la ineficacia política por la otra. ↗

En lo que sigue, en lugar de intentar la exploración de cómo opera el reduccionismo en la interpretación de la salud, seguiremos un camino inverso tratando de mostrar las distintas maneras en que pueden introducirse los "aspectos sociales" en la epidemiología. Para ello comenzaremos con algunas consideraciones metodológicas que nos permitan ubicar correctamente el problema.

Determinaciones y modelos

En ciencia, un modelo es una representación de un fenómeno o de un conjunto relacionado de fenómenos. En las ciencias naturales los modelos son abstracciones que se aproximan bastante al fenómeno en estudio. Los cuerpos no caen, generalmente, en el vacío, pero esa manera de estudiar el problema, con algunas correcciones menores, es una aproximación bastante buena para saber lo que ocurre con un cuerpo que cae. El modelo abstracto "cuerpo que cae en el vacío" es una aproximación bastante aceptable de un cuerpo cayendo concretamente.

Un cuerpo que cae es un fenómeno sencillo. En términos más precisos esto quiere decir que el número de variables que intervienen en el mismo es pequeño y que las relaciones que ligan a esas variables están bien definidas. También lo están que pueden ser expresadas mediante una formulación matemática sencilla, aun en el caso de que las condiciones del fenómeno no sean las del modelo abstracto: masa del cuerpo, atracción de la gravedad, resistencia del aire y tal vez alguna otra circunstancia son suficientes para dar cuenta adecuadamente del fenómeno.

En realidad, los fenómenos interesantes desde el punto de vista científico no son tan sencillos como el de la caída de un cuerpo; el número de variables que interviene en cualquiera de los fenómenos físicos que se estudia en la actualidad es sumamente considerable, haciendo que sea necesario utilizar computadoras electrónicas para el procesamiento de los datos que componen las variables a analizar (por ejemplo el lanzamiento de uno de los artefactos con que se explora el espacio exterior de nuestro planeta). La complejidad del modelo se ha incrementado notablemente, ya no puede ser representado por una ecuación sino que requiere de un programa de cómputo, pero conserva una característica que lo sigue haciendo similar a la caída de un cuerpo: las relaciones entre las variables, sean ellas escasas o numerosas, siguen siendo bien definidas.

Esa característica hace que en los casos de modelos bien definidos se pueda hablar de causalidad, porque es posible seguir la cadena

de relaciones, por complejas que sean, que llevan de un fenómeno inicial, una causa, a la realización de otro que es el efecto final (12).

En las ciencias sociales las cosas ocurren de otra manera; no existe ningún fenómeno social que pueda ser explicado por unas pocas variables; en la mayoría de los casos ni siquiera se sabe cuáles son las variables que realmente intervienen, o es muy difícil definir las; las relaciones que ligan a las variables intervinientes (en el supuesto que se las conociera) están ligadas por relaciones muy imprecisas, que a veces actúan de una manera y otras veces de la manera contraria. En suma, que el problema social más sencillo es siempre un problema "mal definido".

En términos de la teoría de sistemas podría decirse que los modelos de las ciencias naturales corresponden a sistemas relativamente cerrados, en tanto que los correspondientes a las ciencias sociales son tan abiertos (13) que es imposible definir su contorno. Esto último disuelve las condiciones de contorno de los problemas sociales de manera que estas pasan a formar parte del problema de fondo.

Lo que se deriva de esta caracterización es que resulta imposible establecer una cadena causal definida en los fenómenos sociales. Por ello es preferible utilizar la noción de determinación (14) lo cual, a nuestro juicio, diferencia radicalmente las ciencias sociales de las naturales.

La determinación puede entenderse como una forma de la causalidad menos "fuerte" que ésta, en el sentido de que no siempre a una determinada causa sigue exactamente el mismo efecto, debido a la primordial importancia que asumen, como lo señalamos antes, las condiciones de contorno las cuales, por su mismo carácter, no están bajo el control de la causa que se encuentra en acción. Por esa misma razón definimos la determinación, de manera más rigurosa, como "la definición, por un fenómeno, de las condiciones bajo las cuales otro fenómeno puede ser eficaz", con lo cual no hacemos más

que enfatizar la importancia de las condiciones del contorno. Al mismo tiempo, al introducir la noción de eficacia destacamos el aspecto probabilístico de la determinación, si aceptamos que la eficacia es "la probabilidad de que un fenómeno produzca consecuencias hasta el máximo de su capacidad potencial".

Los modelos de la epidemiología

La epidemiología siempre ha intentado ser una ciencia social (15) o por lo menos tomar en consideración ciertos aspectos sociales en sus búsquedas. Esto se ha traducido en las sucesivas definiciones que ha ido adquiriendo el concepto de epidemiología, lo cual no ha cía sino reflejar el ámbito de sus preocupaciones.

Las primeras definiciones de la epidemiología son las que la iden tifican como "el estudio de las epidemias", es decir del origen y evolución de los brotes de enfermedades que exceden la ocurrencia "normal" de las mismas. Lógicamente al principio esa tarea se iden tificó con el estudio de las enfermedades infectocontagiosas, que eran las que producían las epidemias, tal como esta misma discipli na las definía. Pero en la medida que se iba alcanzando niveles superiores de desarrollo, aparecían "epidemias" que no eran produ cidas por ese grupo de enfermedades, lo cual condujo a la expan sión del concepto para incluir otras enfermedades consideradas no trasmisibles. De ahí a estudiar el origen y evolución de cualquier enfermedad dentro del concepto de epidemiología había sólo un pa so. Pero todo esto no era suficiente, la necesidad de entender ca da vez más acerca de la generación y distribución de las enferme dades hacía que se recurriera cada vez más a los aspectos sociales de esa generación y distribución. Así es que recientemente un epi demiólogo norteamericano definió a la epidemiología como "lo que le pasa a la gente" (16).

^{Las} Estas sucesivas ampliaciones del concepto van acompañadas de un cam bio del "modelo" de la epidemiología que se reflejan en forma con creta en el método epidemiológico. La unicausalidad cede terreno a la multicausalidad, lo cual significa un avance importante al to mar en cuenta una serie de variables que hasta ese momento queda-

ban marginadas, pero la manera de tratar las variables recién incorporadas era, si bien metodológicamente más compleja (correlaciones múltiples, análisis de factores) básicamente la misma ~~(17)~~.

La contradicción a la que se enfrentaban los epidemiólogos era la siguiente: estar concientes de la necesidad de considerar a la epidemiología como una ciencia social (y en consecuencia de que su "modelo" debía ser complejo y mal definido) y al mismo tiempo intentar construir un modelo del tipo de las ciencias naturales, es decir, relativamente simple, pero sobre todo bien definido. Esto no podía sino llevar a explicaciones parciales y a políticas ineficaces en el largo plazo.

Y esto nos lleva a examinar las formas en que se intentó resolver la contradicción, esto es, la manera en que se introducían los aspectos sociales en la determinación epidemiológica. Esa manera era la aposición de variables consideradas "sociales" sobre un esquema básico que era el que "realmente" explicaba la génesis y distribución de las enfermedades. Una vez más se había cumplido con el sabio precepto del gatopardo ~~(18)~~: algo había cambiado para que todo siguiera igual. Y esa maniobra epistemológica (el calificativo de maniobra no significa que lo consideramos deliberado ni consciente) se repite una y otra vez, permeando el paso de la unicausalidad a la multicausalidad, del agente-huésped-vector a la historia natural de la enfermedad, de la medicina empírica hipocrático-galénica a la medicina científica flexneriana.

Lo fundamental del intento de la epidemiología de incorporar los aspectos sociales no es eso, es decir: no es lo que trata de incorporar sino la forma en que trata de hacerlo: dejar claramente separado la determinación social de la determinación epidemiológica. Mientras quede claro que una cosa es "lo social" y otra "el proceso salud-enfermedad" no hay problemas, pero mientras eso se mantenga los epidemiólogos no pueden resolver su contradicción y tampoco puede haber políticas de salud que sean verdaderamente eficaces en el largo plazo.

El problema entonces es distinto a tratar de incorporar lo social,

sino a interpretar la epidemiología como parte propia de lo social, como algo que es una expresión particular de ese proceso social del que es imposible extraerlo como algo separado e independiente. Sólo de esa manera adquiere sentido completo y eficacia política la noción de epidemiología.

Esto no quiere decir que las causas, tal como las conocemos de antiguo en el proceso epidemiológico, hayan dejado de tener validez, pero estas operan en un determinado nivel (19). La afirmación de que la determinación de la enfermedad es "social" debe entenderse de una doble manera: la primera y más sencilla es de que se trata de algo que no se refiere a un sólo individuo sino a un grupo amplio de personas; la segunda y más verdadera es que se trata del mismo proceso que hace que ese conjunto de personas conforme una sociedad. Y esto no significa que un individuo que entra en contacto con un determinado microbio no se enferme si ello va en contra de la determinación social. Las leyes causales y de determinación se cumplen en sus niveles correspondientes (20).

En suma, no es suficiente tomar en cuenta la educación, la vivienda, el nivel de ingreso, la profesión, la cultura, la alimentación, el consumo, la "calidad de vida" o cualquier otra variable imaginable que se refiera a los "aspectos sociales" de la vida para explicar el proceso de salud enfermedad; es necesario mostrar como el proceso mismo de producción de la vida social es el que crea las condiciones de aquél.

Ciencia de la salud y práctica política

Todos sabemos, desde Marx, que existe una conexión estrecha entre la situación de las fuerzas productivas y las relaciones sociales de producción (21). En la terminología no marxista esta misma conexión se establece entre la tecnología y la organización. La teoría ortodoxa afirma que son las fuerzas productivas (tecnología) las que determinan las relaciones sociales (organización) (22).

Todos sabemos también, desde Weber, que las formas organizativas tienen mucho que ver con la determinación de las prácticas políticas (23). A este respecto es posible ubicar el debate en los si-

güentes términos: desde el punto de vista funcional el problema es cómo impedir que "lo social" se introduzca en la organización de la producción; esta preocupación ocupa buena parte de la temática sistémica funcionalista. Por otra parte, para la visión weberiano-marxista el problema es cómo impedir que "lo organizacional" domine a la sociedad.

Estas dos visiones contrastantes están apoyadas en sendas interpretaciones del proceso salud enfermedad, visiones que conforman los polos de una contradicción que se expresa en la discusión científica en el plano de lo biológico versus lo social.

La historia de la ciencia de la salud no es otra cosa que la historia del desarrollo de esta contradicción. Como en toda contradicción el desarrollo del proceso ha privilegiado alternativamente uno u otro de los polos: el social hasta el siglo XIX, el biológico a partir de la disputa entre Pasteur y Virchow (24). Pero estamos llegando a un momento en que la "ciencia normal" de la salud no puede dar respuesta a los cuestionamientos que surgen por todas partes. El nuevo paradigma (25) no puede significar el "triunfo" (triunfo pírrico si lo hay) de uno de los dos enfoques principales, sino la síntesis que vuelva a crear los fundamentos de una ciencia de la salud actual, es decir histórica y por lo tanto verdadera.

La importancia que tiene para la investigación el análisis de la ciencia de la salud, o tal vez sería mejor decir el saber acerca de salud, estriba en que ese saber es fundamento de una práctica y que como consecuencia de nuestra posición acerca del proceso de salud-enfermedad y las respuestas a cada uno de sus niveles de determinación (26), toda práctica de salud es una práctica política.

En consecuencia, la relación que se establece entre saber de salud y práctica de salud es también una relación entre saber (ciencia) de salud y práctica política. Así, hay prácticas políticas biologicistas de salud, de las cuales la más conocida (lo es tanto que generalmente no se le reconoce ese carácter) es la atención médica en sus diferentes variantes (27).

Para poder analizar este tema con mayor detenimiento debemos regre-

sar y examinar el significado de la determinación de las relaciones sociales por las fuerzas productivas en el ámbito de las actividades de salud.

Las fuerzas productivas de las actividades de salud han experimentado un desarrollo avasallante en el período que hemos caracterizado como de dominancia del enfoque biológico; sus características y algunas de sus consecuencias, así como el impacto de las mismas (la de terminación) sobre las relaciones sociales se examinan en nuestro "marco teórico" (ver en el mismo el acápite "un intento de interpretación").

Ahora bien, si la concepción teórica de la determinación ortodoxa ($FP \Rightarrow RS$) es válida, su lógica, en el caso de la salud, es perversa ya que se trata de una extrapolación desde el campo económico, un "economicismo" (28) que trata a los objetos de la actividad en obje tos económicos, esto es en mercancías, no haciendo sino confirmar las peores expectativas de los escritores marxistas (29): la fuerza de trabajo en especial, y la población en general no es, para el ca pitalismo, otra cosa que mercancías. De modo que la determinación $FP \Rightarrow RS$ significa que las relaciones sociales que se generan van a constituir organizaciones "fetichizadas" (30).

La otra opción de la alternativa planteada, es decir la determinación inversa $RS \Rightarrow FP$, "independiza" las relaciones sociales de las fuerzas productivas (31).

En esta perspectiva, el problema organizacional no tiene solución, ni desde la visión sistémica-funcional, ni desde la weberiana-marxista.

Esto equivale a decir que el nuevo paradigma que integre, en una nue va visión, el enfoque biológico y el social, o la síntesis dialéctica de esa contradicción, deberán, al mismo tiempo, resolver el problema de la determinación, no en favor de una de las opciones ex puestas sino superando la unilateralidad de estas.

Lo que la historia muestra es que el saber biológico condujo a la actividad de atención médica y a una práctica política que refuerza

la dominación de los grupos dominantes. Al mismo tiempo, el saber social que promueven los organismos internacionales (OMS, OPS) se orienta a una actividad que incluye la atención primaria en base a la protección, promoción y prevención de la salud (32), cuyas consecuencias no van a diferir, probablemente, de las anteriores en cuanto a práctica política, sólo que ello será más difícil de percibir porque estará envuelto en un manto ideológico diferente.

Esto destaca la importancia de generar un saber distinto, una ciencia de salud verdadera como único fundamento de una actividad de salud eficaz y de una práctica política transformadora.

Instituto de Salud Colectiva
Universidad Nacional de Lanús