

La sociología y la construcción de objetos de conocimiento en el área de la salud*

Myriam Mitjavila**
Ernesto Rotondaro***

Introducción

Las sociologías "especiales" suelen asociarse a descripciones y explicaciones de espacios sociales delimitados como entidades más o menos autónomas. Tal es el estigma que acompaña, en ocasiones, aproximaciones sociológicas a esferas aparentemente tan diferentes entre sí como la rural, la urbana, la educativa, la ocupacional, por mencionar sólo algunas.

Las notas que siguen recogen algunas reflexiones sobre el problema de la construcción de objetos de conocimiento por parte de una de las sociologías especiales: la sociología médica o de la salud.

A pesar de que el análisis sociológico de cuestiones vinculadas a la salud encuentra su origen en los clásicos¹, la conformación de la especialidad fue el resultado de un largo camino en el que confluyeron diversos determinantes histórico-sociales y propiamente académicos.

Como conjunto de prácticas de producción de aplicación de teoría sociológica con cierto grado de institucionalización, se trata de una especialidad relativamente nueva. Es así que recién en 1960 se crea la Sección de Sociología Médica al interior de la American Sociological Association (Coc. 1984).

Esta institucionalización provee parcialmente los parámetros ideológicos y teóricos del surgimien-

to y desarrollo—hacia fines de los 60—de la sociología médica latinoamericana, imprimiéndole, por tanto, un sello marcadamente dependiente en sus orígenes.

Una de las consecuencias más importantes de ese proceso se observa a nivel de los objetos de estudio de la especialidad. Por esa razón, nos proponemos aquí hacer una lectura exploratoria de los mismos que apunta a relevar, más que los objetos en sí mismos, ciertas condiciones generales que participan en su construcción.

En tal sentido, la primera parte del trabajo está dirigida a delimitar tres contextos que, a nuestro juicio, aportan elementos de interés para el análisis de problemas relativos a la formación de objetos de estudio por parte de las sociologías médica y de la salud en América Latina: el contexto "societal", el contexto "médico" y el contexto de las "ciencias sociales".

En la segunda parte, nos detenemos descriptiva y analíticamente en el trazado de los principales temas y objetos de la sociología contemporánea en el área de la salud.

Por último, incluimos algunas reflexiones sobre aquellos desafíos que, por implicar una administración diferente de los condicionamientos originados en los mencionados contextos, podrían conducir a una resignificación académica de esta área de trabajo.

I. Sobre los contextos de la formación de objetos

Con carácter hipotético, sostenemos que la construcción de objetos de conocimiento por parte de la sociología contemporánea en el campo de la salud es el resultado de la articulación de procesos provenientes de tres contextos: societal, médico y de las ciencias sociales.

El primero remite al conjunto de demandas de trabajo sociológico estructuradas desde el campo de las políticas públicas y de la planificación social.

* El presente es una versión algo modificada de la ponencia presentada por los autores junto con J. Portillo al XVII Congreso Latinoamericano de Sociología (ALAS) "Los desafíos actuales de América Latina. Sociedad y política ante la crisis", Montevideo, 2 al 6 de diciembre de 1988.

** Investigadora del I.C.S. y Prof. Adj. de Sociología en la Facultad de Medicina.

*** Prof. Adj. de Sociología Médica en la Facultad de Medicina

1 Al respecto, basta con mencionar dos trabajos: el de Engels sobre la situación de la clase obrera en Inglaterra y el de Durkheim sobre lo normal y lo patológico en "Las reglas del método sociológico".

El contexto médico comprende aquellas demandas ligadas a transformaciones de la clínica, así como otras consolidadas en disciplinas como la medicina social y la epidemiología.

En tercer lugar, el propio desarrollo de las ciencias sociales contemporáneas — en términos de paradigmas y de perfiles profesionales — conforma los rasgos centrales de la “oferta” de trabajo sociológico en el campo de la salud.

No nos atrevemos a establecer con precisión las modalidades de articulación de los factores originados en estos tres contextos en el estado actual de nuestro manejo del tema.

Procuraremos sí, indicar, desde esta primera lectura del problema, ciertas influencias que esos ámbitos aportan al delineamiento de áreas temáticas y a la formulación de los objetos propiamente dichos.

1. Contexto societal

Podría decirse que una condición necesaria para la participación de las ciencias sociales en el campo sanitario ha sido la progresiva conversión de la salud en un problema eminentemente político.

Ya a partir del siglo XIX, el Estado asume un conjunto de funciones que tienen por objeto la consolidación de una nueva moral del cuerpo, basada en la noción de higiene pública. Esas funciones se han desarrollado en diversos dominios, destacándose en el campo sanitario las intervenciones estatales dirigidas a garantizar condiciones para la reproducción de la fuerza de trabajo, el control social de la “conducta desviada” y el alivio de tensiones sociales (Rosen, 1963).

Pero son, tal vez, algunas transformaciones registradas en el mundo de la segunda postguerra las que determinan una revalorización sociopolítica de la salud, con consecuencias relevantes para la demanda de trabajo en ciencias sociales. Son cambios que se expresan en la hasta entonces más acabada configuración del rol del Estado como instancia responsable de la salud del individuo (Foucault, 1976).

Ahora bien, corresponde destacar que las contradicciones existentes entre, por una parte, esa “somatocracia” que proclama el derecho a la salud y a la enfermedad y, por otra parte, la persistencia de las desigualdades sociales en relación a esos derechos, constituyen todavía hoy el marco de las luchas políticas por la salud en la mayor parte del mundo occidental.¹

¹ Particularmente para América Latina, la observación descansa en el generalizado fracaso de los modelos desarrollistas para dar respuesta a problemas sanitarios de los sectores populares tales como las elevadas tasas de morbi-mortalidad infantil y de población sin cobertura de atención médica.

Desde esa perspectiva, otorgamos centralidad al rol desempeñado por las políticas públicas y, especialmente, por la planificación social en la estructuración de demandas de trabajo para las ciencias sociales en América Latina.

Hacia los años sesenta, el tipo de demanda está altamente condicionado por dos atributos que ponen de manifiesto el papel de la ciencia y de la tecnología en el desarrollo social. Por un lado, el discurso dominante desde el terreno de las políticas públicas desarrolló la idea de racionalizar las decisiones políticas sobre bases tecno-científicas. Cierta optimismo acerca de las contribuciones que las ciencias sociales podían hacer en el campo de la planificación sanitaria constituyó una forma de materialización de un clima de alcances más generales en la región (Fassler, 1979). El segundo atributo consiste en concebir esa racionalización como un proceso de optimización de los recursos escasos asignados al sector. En esa línea se inscriben, por ejemplo, el auge del llamado “movimiento de los indicadores sociales”, de los diagnósticos globales y parciales de sistemas de salud y de los estudios médicos-sociales orientados a la calidad de vida y a la prevención de enfermedades (Fassler, 1984).

Es en ese marco que la trama organizacional ejecutora de las políticas de salud vigentes en la mencionada década (servicios de atención médica públicos y privados) provee de formas y contenidos específicos a las demandas de trabajo sociológico. Así, la investigación aplicada, las tareas de asesoramiento técnico y la participación en la formulación, ejecución y evaluación de programas de salud se convierten en esferas de actuación para sociólogos y otros científicos sociales, con variados énfasis según los contextos (Innes, 1986).

2. Contexto médico

Las redefiniciones sobre el valor social del cuerpo, de la salud y de la enfermedad que recién plantearemos determinan, a su vez, un conjunto de transformaciones en el saber y la práctica médicas que se instituyen en dos espacios: la medicina clínica, por un lado, y la medicina social junto a la epidemiología, por otro.

La medicalización de la vida humana se extiende de tal forma que hoy día la medicina se impone al individuo codificando, en términos de salud enfermedad, comportamientos que en otras épocas eran totalmente externos a su dominio (Foucault, 1976).

En consecuencia, el aprendizaje y el ejercicio de la medicina clínica se organizan en torno a una nueva forma de examinar el cuerpo que consiste en relevar su dimensión psicosocial como un insumo diagnóstico y terapéutico. Por lo tanto, buena parte del esplendor experimentado por las ciencias de la

conducta en el campo de la medicina a partir de los años cincuenta se funda en ese contexto.

En segundo lugar, durante el siglo XX, se registra un importante desarrollo de la medicina social y de la epidemiología en tanto áreas de producción de conocimientos sobre los factores determinantes y la distribución social de la salud y la enfermedad.

Más concretamente, el pasaje de una epidemiología tradicionalmente orientada al estudio de las enfermedades infecciosas con un enfoque biogigienista de las mismas hacia, más recientemente, otra que se basa en el enfoque social de una amplia gama de condiciones de salud y de morbilidad demandó la incorporación de algunas ciencias sociales (sociología, antropología y economía, fundamentalmente) a la investigación científica en salud colectiva. No hay que olvidar, además, que la investigación y vigilancia epidemiológicas han tenido un peso significativo como herramientas para la formulación, ejecución y control de numerosas intervenciones estatales en el área de la salud.

Por su parte, la medicina social se ha ido conformando, en lo que va del siglo, en el espacio más académico de reflexión sobre salud, medicina y sociedad. En ese sentido, puede considerársela como espacio de aplicación de conocimiento de las ciencias sociales al estudio de los problemas sanitarios. Universidades, centros de investigación y organismos internacionales con la O.M.S. han participado en la promoción de esta disciplina y han procesado la mayor parte de la demanda de trabajo para sociólogos y otros investigadores en ella (García, 1986).

En suma, el contexto médico colabora, a partir de la segunda mitad del siglo XX, diferentes tipos de demandas de participación de las ciencias sociales y de la sociología en particular. Esas demandas están orientadas a satisfacer dos clases de necesidades: adaptar la medicina clínica a nuevas condiciones, y producir conocimientos más globales sobre salud y enfermedad como problemas sociales.

3. El contexto de las ciencias sociales

Al tiempo que desde los contextos societal y médico se configuraron las demandas de trabajo para los científicos sociales en el área de la salud, las propias ciencias sociales dispusieron de una oferta caracterizada por la presencia de dos grupos de atributos de interés para la posterior lectura de los objetos de la sociología médica.

El primer tipo de atributo deriva de las tensiones paradigmáticas entre el estructural-funcionalismo y el materialismo histórico. En materia de oferta de trabajo, a partir de los años sesenta en América Latina, ese atributo se manifestó en el predominio de sociólogos de orientación funcionalista, los cuales se integraron básicamente a actividades de docencia e

investigación estrechamente vinculadas al espacio de la clínica.

El segundo tipo de atributo remite a la caracterización de los perfiles profesionales de los sociólogos. Sin pretensiones de exhaustividad, podría decirse que el pensamiento de corte estructuralista, la oscilación entre los abordajes macro y micro sociológicos, y entre lo académico y lo aplicado condicionó, en gran medida, la oferta de la sociología en el campo de la salud.

La combinación de estos dos tipos de atributos parece haberse procesado históricamente en tres fases diferenciadas.

La primera correspondería a la que Mercer (1986) denominó "búsqueda de una identidad teórica", caracterizada por el predominio de sociólogos médicos de orientación funcionalista, trabajando con objetos de nivel micro y con un carácter sumamente aplicado, en el ámbito de las escuelas y facultades de medicina como veremos más adelante.

La segunda fase recoge perfiles profesionales que harán, hacia la década del 70, importantes contribuciones —desde el materialismo histórico de cuño estructuralista y con preocupaciones académicas focalizadoras de lo macro-social— a la reconstrucción de los objetos de las ciencias sociales en el área de la salud.

Por último, en los años 80, se asiste a una tercera fase en la cual se comienza a reclutar sociólogos cuyos aportes reflejan las revisiones a la teoría marxista (Gramsci, por ejemplo), la revalorización de los aportes de algunos clásicos (Weber, Durkheim) y una atención especial a la teoría contemporánea (Foucault, por ejemplo). En esa medida, la oferta muestra un perfil más ductil para responder simultáneamente a las demandas de trabajo académico y aplicado, así como a los requerimientos de investigación empírica en torno a objetos situados en las articulaciones o mediaciones entre salud y sociedad.

Ahora bien, nótese que estas apreciaciones pretenden consignar tendencias y no procesos particulares de relación entre ellas y con las demandas provenientes de los contextos societal y de la práctica médica. Un esfuerzo de esa naturaleza excedería los límites de este trabajo.

II. Temas y objetos de las sociologías médica y de la salud contemporáneas

Lo que señalamos hasta aquí como las condiciones generadas en los planos macro-social, de la medicina y de la propia sociología contribuyeron a que la sociología médica latinoamericana definiera, al menos en un comienzo, sus objetos de estudio de manera estrechamente ligada a ciertas perspectivas teórico-epistemológicas sobre los aspectos sociales de la salud y la enfermedad.

En la década del 60 la sociología -como otras ciencias sociales- ingresa al área de la salud bajo la denominación de "ciencias de la conducta", expresión que designaba la colaboración en el tratamiento de problemas médico-sociales de la sociología, pero también de la antropología, psicología social y psicología del crecimiento y desarrollo humano (Bodley, 1966).

Las características que asume este ingreso de la sociología al campo de la medicina tienen importantes derivaciones en el objeto de estudio: se restringe al plano de lo conductual, de lo individual, desplazando el interés por las relaciones sociales, la ideología y los determinantes estructurales de los procesos de salud y enfermedad (Mercer, 1986).

Hacia fines de los años sesenta, esta sociología médica muestra un carácter explícitamente instrumental. A modo de ejemplo, Hernán San Martín, en 1967, señalaba:

"...para que las ciencias sociales resulten útiles a la medicina deben contribuir a una mejor comprensión de cada uno de los aspectos que conforman la responsabilidad específica de la medicina en tal forma que esta pueda desarrollar con más eficiencia su labor y sobre bases más científicas". (San Martín, 1967).

En consecuencia, dicho autor clasificaba los objetos de la sociología médica en cinco áreas temáticas:

i. *Sociología de la enfermedad*: nivel de vida de los individuos y su relación etiológica y ecológica con el nivel de salud.

ii. *Sociología de la atención médica*: la enfermedad como un tipo de conducta socialmente desviada en sus componentes culturales y psicosociales.

iii. *Sociología de las relaciones médico-paciente*: desde la perspectiva de las configuraciones de *status-rol*.

iv. *Sociología de la institución médica*: enfoque organizacional de las interacciones individuales y grupales en sus dimensiones más vinculadas a la administración y planificación de servicios.

v. *Sociología de la educación médica*: incluyen una gama de temas que comprenderían desde el análisis de la demanda de recursos humanos hasta los aspectos vinculados a la socialización profesional de los médicos.

Por cierto que la sociología médica que imperaba por esa época en América Latina no era exclusivamente resultado de una división social del trabajo en medicina que indicara unilateralmente las áreas temáticas y los objetos de la disciplina.

Además del predominio de un tipo de perfil profesional, no habría que olvidar que la especialidad supo nutrirse de referentes teóricos originados en la sociología académica, y que tienen un claro expo-

nente en el conocido trabajo de Parsons (1982) sobre la práctica médica.

Hacia comienzos de los años 70, dos órdenes de factores contribuyeron a que se produjera cierto agotamiento de esta sociología médica concebida como ciencia de la conducta. Por un lado, se asiste a una crítica generalizada al funcionalismo que habilita la incorporación de otros marcos teóricos, especialmente del materialismo histórico, con inevitables consecuencias en la definición de nuevas áreas temáticas y objetos de conocimiento de la sociología médica (Breilh, 1979).

Por otro lado, la magnitud que cobraron los problemas de salud de la población, y sus articulaciones con la estructura social se convirtieron en un desafío frente al cual la sociología médica funcionalista planteó respuestas insuficientes.¹ Pero es una insuficiencia cuya objetivación parte del propio contexto médico, fundamentalmente desde la epidemiología y la medicina social. Estas reestructuraron sus preocupaciones teóricas con un notable protagonismo del materialismo histórico en su vertiente estructuralista (Terris, 1987).

El desarrollo de esta perspectiva de análisis se apoya en dos tipos de rupturas. Una de ellas se produce con el pensamiento médico dominante en su carácter biologicista, y la otra con el paradigma funcionalista de interpretación de la salud y la enfermedad.

El discurso cambia y se expresa en diferentes planos. En primer lugar, aparece una nueva conceptualización de la salud y la enfermedad, en tanto dos momentos de un mismo fenómeno. La consecuencia más inmediata es que esta concepción condiciona la existencia de una sociología de la enfermedad pero también de la salud (Terris, 1987).

En segundo término, el objeto de la sociología médica se redefine y se construye, ya no en función de la organización de la práctica médica en sí misma, sino orientada a dar cuenta de los determinantes, de la distribución social y del carácter ideológico de la salud-enfermedad (Laurell, 1978).

De esta forma, las áreas que configurarían los objetos de estudio serían:

i. Los determinantes de la salud-enfermedad.

Supone internarse en el modo de producción y en la articulación de varios modos de producción y en una formación social determinada.

ii. El saber médico.

¹ Como evidenciaron posteriormente diversas investigaciones, la morbilidad, la mortalidad y los niveles de salud eran el resultado de desigualdades sociales estructuralmente determinadas, lo cual condujo a indagar en esos determinantes antes que en describir sus consecuencias individuales.

Comprende el cuerpo de conocimientos, ideas y creencias que se tienen *en un momento* histórico dado en relación a los fenómenos de salud-enfermedad y socialmente determinados en sus componentes científicos e ideológicos.

iii. La práctica médica.

Comprende el conjunto de respuestas socialmente organizadas a la *enfermedad*, y que están determinadas por la estructura social (Laurell, 1978).

Este tipo de enfoque se estructura y se promueve desde el campo mismo de la medicina, apropiándose éste, a mediados de los años 70, de una teoría y de una metodología que tiene su origen en las ciencias sociales.

Posteriormente durante los que H. Mercer (1986) denomina la segunda etapa de la sociología médica en América Latina (1975-80), se registrará un desplazamiento del uso genérico del modo de producción como determinante último hacia el reconocimiento de la existencia de medicaciones, de temporalidades y de particularidades en los objetos de estudio.

Este giro en las preocupaciones temáticas sugiere interrogantes sobre la reproducción o cambio de las condiciones bajo las cuales la sociología define sus objetos de estudio en esta área.

Se produce evidentemente una extensión del campo de los objetos reales de la práctica médica, involucrando cada vez más a la salud, entendida como conjunto de características objetivas y subjetivas, individuales o colectivas evaluadas con algún patrón estadístico o valorativo de normalidad (Canquillhem, 1986).

Estos serían los parámetros que delinearían un nuevo contexto de descubrimiento en el tránsito de la sociología médica a la sociología de la salud. No obstante, cabe preguntarse si esto representa un cambio en las condiciones teóricas y metateóricas de la construcción de los objetos sociológicos en su sentido más estricto. Las reflexiones que siguen están, precisamente, orientadas a plantear ese tipo de interrogantes.

III. Líneas de reflexión

Lo que hemos presentado aquí como lineamientos dentro de los cuales la sociología médica o de la salud define sus objetos de conocimiento, nos invita a plantearnos algunos problemas.

El primero tiene que ver con los modelos epistemológicos presentes en la construcción de objetos. Por razones que ya analizamos, gran parte de la sociología médica latinoamericana se ha caracterizado por formulaciones empiristas del objeto de estudio, como consecuencia de la no separación entre objeto real y objeto científico.

En efecto, tanto desde el funcionalismo como desde el materialismo histórico hay, en este campo, enormes similitudes basadas en una reducción de los objetos de estudio sociológico a problemas de interés práctico para la medicina.

Puede observarse como muy drástico decir que es bastante poco frecuente encontrar objetos propiamente sociológicos entre las investigaciones en salud en América Latina durante los últimos veinte años.

Pero la observación podría relativizarse si uno apunta a poner de manifiesto la necesaria distinción entre los abordajes de la dimensión social de lo sanitario (campo de la medicina social) y la construcción en ese ámbito de objetos sociológicos.

Son las nociones de proceso de construcción del objeto y de delimitación de campos científicos las que, a *nuestro entender*, dotan de sentido a la anterior distinción.

Así, el fundamento por el cual las sociologías médica y de la salud no deberían delimitar sus objetos en función de determinados sectores del mundo de la realidad sanitaria, descansaría en un reconocimiento de que el todo, como señala Marx "(...) tal como aparece en la mente, como todo del pensamiento, es un producto de la mente que piensa y que se apropia del mundo del único modo posible, modo que difiere de la apropiación de ese mundo en el arte, la religión, el espíritu práctico (...)" (Bourdieu, 1984).

En términos de delimitación de la sociología médica como campo científico, habría que discutir hasta que punto esta especialidad se ha orientado más por las relaciones reales entre cosas, al decir de Max Weber, que por relaciones conceptuales entre problemas (Bourdieu, 1984).

El segundo problema se refiere a la existencia misma de las sociologías especiales. A nuestro entender, ellas no constituyen ciencias en sí mismas, a menos que estén en condiciones de crear un punto de vista nuevo y se planteen nuevos problemas conceptuales (y no reales). La sociología médica —como otras sociologías especiales— remite sí a un conjunto de prácticas docentes y de investigación inherentes al rol del sociólogo en aquellos campos de actividad que operan como contextos de descubrimiento y, en ocasiones, de validación pragmática de sus productos. Nuestro interés por la sociología de la salud es del mismo tipo que el planteado en este campo y en otro por algunos científicos sociales y epistemólogos (Solari, 1971; Schuster, 1986). En ese sentido, la esfera de la salud ofrece una gama muy amplia de referentes empíricos para la aplicación de categorías de interés general para la sociología. Por otro lado, el campo de la salud genera fragmentos de conocimientos en una gran variedad de áreas temáticas, situación que coloca, con mayor vigor que en otros ámbitos el problema de la interdisciplinariedad y sus derivaciones intradisciplinarias.

Por último, habría que situar la significación que para la construcción de objetos tiene la segmentación de lo aplicado y lo académico. Esta diferenciación contó con fundamentaciones desde la clásica distinción hecha por Strauss en 1957 entre "sociología de la medicina" y "sociología en medicina" (Strauss, 1957). La primera designa una esfera inspiradora para la definición de objetos de estudio sociológico, mientras que la segunda se refiere al conjunto de contribuciones prácticas que la medicina aspira a recibir de la sociología. Sin embargo, el problema del objeto no parece ser precisamente el punto en el que descansa esa dicotomía. Y señalamos esto por varias razones. Antes que nada, los condicionamientos en la construcción de objetos a nivel académico o aplicado no son lógicos o metodológicos, sino que corresponden a los efectos que en materia de vigilancia epistemológica —y de su ausencia— plantea la organización y las formas de producción de la sociología médica.

Estos condicionamientos pueden estar asociados a diversos factores. Primero, el sujeto de la acción es mixto: médicos y sociólogos han contribuido a desarrollar la especialidad. Segundo, la inserción del sociólogo en la división social del trabajo en medicina permanece aún con carácter subordinado respecto a otros científicos en el campo de la salud. Tercero, el reclutamiento de sociólogos en este campo se ha presentado históricamente como muy selectivo, puesto que la mayor parte de ellos le atribuye escaso prestigio como ámbito de trabajo. Y en cuarto y último lugar, hay que recordar que los sociólogos de la salud suelen, por diversas razones, mantener importantes alejamientos del mundo académico de la sociología y, por lo tanto, de los núcleos de la producción teórico-metodológica en la que supuestamente deben basar sus prácticas.

Globalmente consideradas, estas reflexiones son el fruto de una primera lectura del problema que no aspira a ser más que eso. Pero nos permite sí detectar algunos tipos de desafíos para el desarrollo de la sociología en el campo de la salud.

A nivel intradisciplinario, destacamos la necesidad de instrumentar un doble esfuerzo. Se trata de lograr, por una parte, la capitalización académica del universo de productos científicos generados en el área de la salud y aún no resituados al campo de la sociología. Por otra parte, entendemos que una mayor penetración del mundo de la sociología académica en la esfera de la salud facilitaría la creación de nuevas condiciones en materia de vigilancia epistemológica.

Un segundo desafío consistiría en capitalizar también los insumos que para la elaboración de perspectivas interdisciplinarias ofrecen a la teoría sociológica las sociologías médica y de la salud. Debido a la complejidad de niveles de existencia que repre-

senta (biológico-social) y a la diversidad de las manifestaciones de lo social que lo contienen (grupales, organizaciones, societal, etc.) el terreno de la salud de muestra fecundo para el análisis de la delimitación de campos científicos y de la interdisciplinariedad posible entre ellos.

Por último, la experiencia acumulada por la sociología en el ámbito de la salud merecería ser recuperada en términos de los "cardinales" a los que con énfasis aludía Juan César García (1986), en el sentido de identificar temas capaces de articular problemas teóricos que se plantea la sociología contemporánea con demandas sociales específicas y, en este caso, con aquellas provenientes del campo sanitario.

Bibliografía citada

- BADGLEY, R. 1966. "Ciencias de la conducta y enseñanza médica en América Latina", New York, Fundación Milbank.
- BOURDIEU, P. 1984. "El oficio del sociólogo", México, siglo XXI.
- BREILH, J. 1979. "Epidemiología, economía, medicina y política", Quito, Universidad Central.
- CANGUILHEM, G. 1986. "Lo normal y lo patológico", México, siglo XXI.
- COE, R. 1984. "Sociología de la medicina", Madrid, Alianza Universidad.
- FASSLER, C. 1979. "Transformación social y planificación de salud en América Latina", en *Revista C.A. de Ciencias de la salud* 13, 133-59.
- FASSLER, C. 1984. "Política y planificación. Algunas consideraciones sobre las determinaciones políticas de la planificación estratégica de salud". Mimeo.
- FOUCAULT, M. 1976. "La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina", en *Educación Médica y Salud*, 2, 153-70.
- GARCÍA, J.C. 1986. "Juan C. García entrevista a Juan C. García", en *Ciencias Sociales y Salud en la América Latina. Tendencias y Perspectivas*. Ed. E. Nunes. Montevideo, OPS-CIESU, pp. 21-9.
- LAURELL, H. 1986. "Las contribuciones de la sociología a la investigación en salud", en *Ciencias Sociales y Salud en la América Latina. Tendencias y Perspectivas*. Ed. E. Nunes. Montevideo, OPS-CIESU, pp. 231-42.
- NUNES, E. 1986. "Las Ciencias Sociales en los planes de estudio de graduación y posgraduación", en *Ciencias Sociales y Salud en la América Latina. Tendencias y perspectivas*. Ed. E. Nunes, Montevideo, OPS-CIESU, pp. 443-72.
- PARSONS, T. 1982. "El sistema social". Madrid, Alianza Universidad.
- ROSEN, G. 1963. "The evolution of Social Medicine", en *Handbook of Medical Sociology*. Ed. Freeman, Levin y Reeder, N.J. Prentice-Hall, pp. 473-91.
- SAN MARTÍN, H. 1967. "Sociología de la medicina". Valparaíso. Escuela de Medicina.
- SCHUSTER, F. 1986. "Hacia una visión totalizadora del conocimiento y la metodología", en *Segundo Seminario-Taller de Investigación en Ciencias Sociales y Salud*, tomo I, Buenos Aires. Secretaría de Ciencia y Técnica. Ministerio de Educación y Justicia, pp. 177-83.
- SOLARI, A. 1971. "Sociología rural latinoamericana". Buenos Aires, Paidós.
- STRAUS, R. 1957. "The Nature and Status of Medical Sociology", en *A.S.R.*, 22, 200-4.
- TERRIS, Milton 1987. "La revolución epidemiológica y la medicina social". Ed. siglo XXI. México.