

SOBRE EL CONCEPTO DE SALUD ENFERMEDAD

Descripción y explicación de la situación de Salud

Pedro Luis Castellanos¹

I. EL CONTEXTO DE LA DISCUSIÓN

En los últimos 10 años se ha reavivado la controversia, en algunos círculos latinoamericanos, en torno al concepto de salud y enfermedad. A ello han contribuido, según nuestro parecer, tres hechos fundamentales:

- A. A partir de la Asamblea Mundial de la Salud de 1977 (Resolución WHA 30,43) (1), en la cual los representantes de los países miembros acordaron que "la principal meta social de los gobiernos y de la OMS debería ser alcanzar para todos los ciudadanos del mundo, para el año 2000, un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva" (SPT/2000); y de la declaración posterior de Alma Ata (1978) donde se enfatizó, con el compromiso de los gobiernos en casi todos los países del mundo, que la Atención Primaria era el camino para alcanzar estos objetivos, como parte de un desarrollo general con espíritu de justicia social (2); en 1980 los gobiernos de América acordaron en el XXVII Consejo Directivo de la OPS las Estrategias y Objetivos Regionales (3), estableciéndose metas precisas en términos de mortalidad general, y expectativa de vida al nacer, así como de cobertura total en inmunizaciones, agua potable, disposición de excretas y de servicios de atención médica, para todo grupo de población. En esta última oportunidad se aprobó también que Atención Primaria debía ser concebida como una estrategia de transformación del modelo asistencial en función de los criterios de eficiencia, eficacia y equidad y como el conjunto de acciones "intersectoriales" orientadas a la transformación de las condiciones de vida, sobre todo de los grupos de población "postergados.

Este conjunto de definiciones y compromisos universalmente aceptados como valoración normativa han planteado, al conjunto de los trabajadores de salud, las limitaciones de los fundamentos teórico-metodológicos tradicionalmente utilizados y han

¹ Publicado en: Bol. Epidemiológico OPS. 1990; vol. 10, N° 4.

abierto espacios a la necesidad de nuevos desarrollos que permitan asumir la problemática de salud-enfermedad como expresión de las condiciones de vida de diferentes grupos de población y comprender las articulaciones entre éstas y los procesos sociales más generales (4).

- B. La crisis económica y la deuda externa de los países latinoamericanos ha traído, como una de sus consecuencias, un deterioro de las condiciones de vida de la mayoría de los grupos de población y al mismo tiempo, una tendencia a la reducción sustancial del gasto per-cápita en salud y en proyectos sociales por parte del sector oficial (5) con el consiguiente traslado progresivo, al presupuesto familiar, de los costos de los servicios y programas de salud. En este contexto se ha hecho cada vez más evidente que las metas de SPT/2000 y los objetivos de las estrategias de APS, serán difícilmente alcanzables para la mayoría de la población, en la mayoría de nuestros países, a menos que ocurran cambios sustanciales en las políticas sociales generales; acumulándose así una DEUDA SANITARIA acreciente que pesa, sobre la población y los gobernantes, como costo social del servicio de la deuda financiera (6). Todo ello ha contribuido a debilitar el poder legitimador del modelo asistencial, forzando en los estamentos técnicos la necesidad de propuestas de reestructuración y cambio en las políticas de salud.
- C. En los marcos señalados, ha tomado fuerza el cuestionamiento de la "planificación normativa" en salud, la cual ha quedado reducida a simples dimensiones formales en muchos de los Ministerios de Salud e Instituciones de Seguridad Social y se han abierto espacios para los desarrollos del "pensamiento estratégico en salud" (7) y de la "planificación estratégica y situacional" (8), antes restringidas a espacios académicos o de oposición política, como herramientas que prometen ser más útiles para la gestión cotidiana de instituciones y programas, en situaciones de poder compartido y de escasez de recursos de poder. Estos "nuevos" desarrollos de la planificación y gestión exigen conceptualizaciones sobre los fenómenos de salud más integrales y con mayor potencia explicativa.

La epidemiología tiene como objeto de estudio los problemas de salud-enfermedad a nivel colectivo, de agrupaciones de población, a nivel de grupos sociales. Lo colectivo, grupal, social, no es la mera sumatoria de procesos individuales, pero al mismo tiempo tiene su expresión no sólo a nivel de grupos sino también a nivel de individuos.

Las concepciones tradicionales de salud y enfermedad han tenido que abrir espacio para la confrontación con desarrollos conceptuales y metodológicos más integrales, con mayor capacidad de aprehender la complejidad real de los procesos determinantes, de superar la visión simple y unilateral, de describir y explicar las relaciones entre los procesos

más generales de la sociedad con la salud de los individuos y grupos sociales. Al mismo tiempo esto representa el reto de demostrar que estos desarrollos realmente tienen mayor potencialidad para movilizar recursos de poder en función de obtener cambios favorables en las condiciones de vida y perfiles de salud de diferentes grupos de población y para articularse con los desarrollos del pensamiento estratégico en salud y de la planificación estratégica que permitirían mayor eficiencia y eficacia de las acciones de salud.

II. LA "SITUACIÓN DE SALUD"

La descripción y explicación de la situación de salud-enfermedad no es independiente de quién y desde cuál posición describe y explica (9). De esta manera toda descripción y explicación es la de un actor en una determinada situación. Esto constituye un aspecto central para comprender por qué determinadas concepciones predominan y como se modifican. Si bien la forma como se perciben los fenómenos tiene una potencia movilizadora de fuerzas sociales; son las fuerzas sociales, los actores, quienes las desarrollan y promueven en función de la eficacia social de las mismas con relación a sus propósitos, sean estos proyectos sociales o técnico-científicos. La confrontación de conceptos, teorías, métodos y técnicas, es así uno de los ámbitos de conflictos y consensos entre actores sociales. El predominio de una forma de pensamiento no es sólo función de su mayor capacidad explicativa en abstracto, sino de su mayor capacidad explicativa desde el punto de vista de quienes tienen el poder de hacer predominar sus proyectos. Sin embargo, dado el carácter heterogéneo de nuestras sociedades sobre todo en circunstancias de poder compartido, la HEGEMONÍA de ideas es también función de su potencialidad de dar respuesta a los fenómenos desde el punto de vista de otros actores sociales, y de "demostrar" superioridad en el plano tecnológico frente a otras formas de pensamiento (10). La legitimación de un cuerpo de pensamiento exige así por un lado la acumulación de poder y por el otro su desarrollo no sólo metodológico sino tecnológico; es decir debe tener capacidad de asumir todo el desarrollo científico-técnico previo, redefinirlo y superarlo a un nivel mayor de eficiencia y eficacia. Ocupar espacios, acumular poder, con un pensamiento sobre salud enfermedad más avanzado, supone por lo tanto no sólo la coherencia y fortaleza teórica de dicho pensamiento, sino una capacidad técnica superior a la del pensamiento que se aspira superar, una mayor capacidad de dar respuesta a los problemas de salud de todos los grupos sociales; no sólo aquellos que nosotros percibimos como relevantes sino además aquellos que son percibidos como relevantes por otros actores sociales, sobre todo por aquellos cuyo concurso de poder es necesario para el desarrollo de los proyectos de salud y generales que valoramos positivamente. Una situación de salud-enfermedad, desde el punto de vista de un actor social, contiene:

- A. Una selección de problemas, fenómenos que afectan a grupos de población seleccionados.
- B. Una enumeración de hechos, que en su contenido y forma es asumida como relevantes (suficientes y necesarios) para describir los problemas seleccionados.
- C. Una explicación, es decir la identificación y percepción del complejo de relaciones entre los múltiples procesos, en diferentes planos y espacios, que producen los problemas.

La "situación de salud" de un determinado grupo de población es así, un conjunto de "problemas" de salud, "descritos" y "explicados" desde la perspectiva de un actor social (11); es decir, de "alguien" que decide una conducta determinada en función de dicha situación.

III. DEFINICIÓN, DESCRIPCIÓN Y EXPLICACION DE PROBLEMAS DE SALUD-ENFERMEDAD

Los hechos que percibimos como fenómenos de salud y enfermedad ocurren en diferentes dimensiones. Ellos pueden ser variaciones (movimientos, flujos de hechos) singulares, es decir, entre individuos o entre agrupaciones de población por atributos individuales o ser particulares, variaciones entre grupos sociales en una misma sociedad y en un mismo momento dado (grupos que difieren en sus condiciones objetivas de existencia) o como movimientos generales, flujos de hechos que corresponden a la sociedad en general, global. De esta manera los problemas de salud pueden ser definidos como tales en alguna (s) de estas dimensiones.

Estas dimensiones de problemas se corresponden con diferentes "espacios" de determinación y condicionamiento; es decir que los problemas no sólo son definidos en diferentes espacios sino también explicados en espacios diferentes. La forma como se define un problema delimita el espacio de explicación utilizado por el actor. Así, cuando un actor define un problema en el espacio singular estará utilizando como explicación las formas de acumulación (organización) y las leyes y principio, propios del nivel de lo singular, de los "juicios singulares" (11). Su potencia explicativa se limita a la singularidad de los fenómenos y su potencia de acción transformadora sobre los problemas se limita a las posibilidades tecnológicas que ella haya desarrollado dentro de esos límites. Cuando un problema es definido en el espacio particular, como perfil de un grupo de población, el actor tiene a su disposición la potencia explicativa de las acumulaciones, leyes y principios que explican el proceso de reproducción social de las condiciones objetivas de existencia de diferente; grupos de población y su capacidad tecnológica, además de las desarrolladas en el espacio singular, incorporará todo el arsenal que posibilita la modificación de dichas condiciones objetivas de existencia. Comentario similar podemos hacer con respecto a problemas definidos en el espacio general, se amplía la potencia explicativa y de transformación. Muchas veces un

problema definido en el espacio singular, deja de ser relevante cuando se lo define en el espacio particular o general, pensemos por ejemplo que para un determinado actor constituye un problema relevante el acceso de la población a raciones de complementación nutricional para modificar la frecuencia de la desnutrición; si el actor tiene posibilidades de redefinir el problema de desnutrición en términos de mejoramiento de las condiciones objetivas de existencia y calidad de vida de los grupos de población que presentan la desnutrición como problema, dejará de ser relevante el acceso a alimentación complementaria o tendrá un carácter transitorio, de emergencia. Sin embargo, es importante destacar que mientras más amplio es el espacio de definición y explicación de los problemas, mayor es la necesidad de recursos de poder (técnicos, administrativos y políticos) para actuar.

Por otra parte, es importante destacar que los espacios señalados no son excluyentes; por el contrario debemos asumirlos como incluyentes o recursivos. El espacio de lo general incluye el de lo particular y éste el de lo singular. De allí que todo actor en salud está llamado por los hechos a dar respuestas en lo singular aun cuando tenga capacidad de identificar y explicar problemas a nivel general.

Los procesos correspondientes a espacios superiores tienen una relación de "determinación" sobre los procesos que corresponden a espacios de menor jerarquía. Esta relación no debe ser asumida como "causal", sino como la capacidad de delimitar el "espacio de variedad posible" de los procesos y fenómenos. La situación "A" delimita las variaciones posibles de "B" y excluye la posibilidad de "C". Dentro de ese espacio de variedad posible operan los procesos de determinación correspondientes al nivel "B" y las leyes del azar.

Sin embargo, la forma como se desarrollan los hechos en un determinado nivel, se traduce en organización, acumulaciones biológicas y sociales, que afectan los niveles superiores de determinación. Así, por ejemplo, los perfiles de salud-enfermedad de un determinado grupo de población, están determinados por los procesos de reproducción social de sus condiciones objetivas de existencia (nivel particular), los cuales están determinados por los procesos que rigen la reproducción general de esa sociedad y que establecen la forma particular de inserción de dicho grupo en tales procesos generales. Sin embargo y precisamente porque la reproducción de las relaciones generales de la sociedad suponen la reproducción de los diferentes grupos que la componen, cualquier modificación a nivel de las condiciones objetivas de existencia de un grupo, se expresará de una u otra forma en los procesos generales de reproducción (12). Es decir que entre los procesos de niveles superiores e inferiores hay una relación de "determinación" y en el sentido contrario hay una relación de "condicionamiento" .

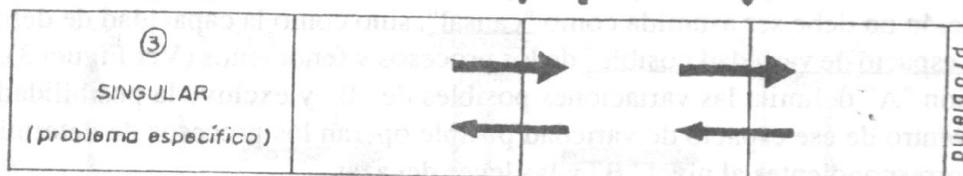
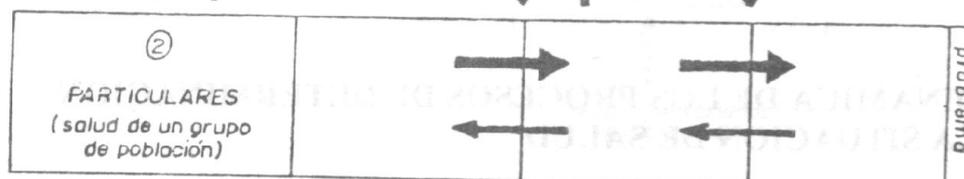
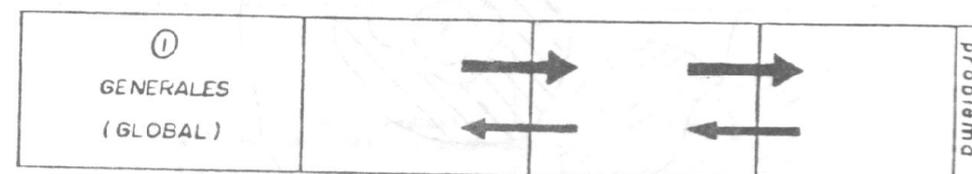
Al interior de cada espacio o nivel, exista también una dinámica de determinación y condicionamiento. Es decir una relación de determinación de las leyes y principios sobre las acumulaciones (formas organizativas) y de éstas sobre los flujos de hechos (fenómenos)

que producen y al mismo tiempo una relación de condicionamiento entre los flujos de hechos, los cuales producen acumulaciones biológicas y sociales y pueden forzar las "reglas del sistema" (13) .

Ante este complejo proceso de determinación con mucha frecuencia se asumen posiciones unilaterales, que enfatizan alguno de sus niveles y componentes, cometiéndose vicios de reduccionismo, cuando problemas correspondientes a espacios superiores se definen o explican en espacios inferiores o de mecanicismo, cuando problemas fácilmente definibles, explicables y modificables en espacios inferiores se abordan sólo a niveles superiores. Obviamente que ello está relacionado no sólo o no tanto con limitaciones de conocimiento como con el punto de vista y los intereses del actor.

EXPLICACION DE PROBLEMAS DE SALUD

PLANOS	(A)	(B)	(C)
Espacios (determinación y condicionamiento)	PRINCIPIOS REGLAS Y LEYES	ACUMULACIONES ORGANIZACIONES	FLUJOS DE HECHOS



DETERMINACION
 CONDICIONAMIENTO



V. LA DESCRIPCIÓN. EXPLICACIÓN Y ACCIÓN TRANSFORMADORA EN EL ESPACIO DE LO SINGULAR

Este es el espacio de lo que podríamos llamar la "epidemiología de qué". Los "problemas" de salud-enfermedad en este espacio se aparecen como variaciones entre individuos o atributos individuales y la forma habitual de definición de los mismos es, la frecuencia o gravedad de una patología o accidente en particular, entre personas con determinados atributos de tiempo, espacio o caracteres biológicos o sociales individuales. Las formas de organización, las acumulaciones que producen estos hechos suelen ser formas de vida y conductas individuales, que últimamente se han venido denominando "estilos de vida" (14) o la exposición individual a factores o procesos de riesgo que en su expresión organizativa constituyen los llamados "grupos de riesgo" (15). Las leyes y principios más genéricos definidos por la epidemiología a este nivel son las leyes de variación de agentes, del hospedero y de los riesgos, aun cuando se han definido, además un conjunto de otras leyes y principios más específicos para cada tipo de patología o problema (16). Desde nuestro punto de vista, este es el espacio donde se ubican la mayor parte de los desarrollos teóricos-metodológicos y técnicos de la epidemiología para estudiar epidemias, para evaluar factores de riesgo, para la vigilancia epidemiológica de problemas específicos y más recientemente para la evaluación de tecnologías.

Asumir los problemas a este nivel es en definitiva recoger la forma como los procesos sociales y biológicos de determinación y condicionamiento se articulan para producir las manifestaciones singulares de los fenómenos de salud-enfermedad y no tan sólo asumir la expresiva biológica individual de los procesos sociales. Estas expresiones singulares no son sólo expresiones biológicas, son expresiones singulares de procesos biológicos y sociales. El tipo de acciones que se derivan de esta forma de definición y explicación de los problemas de salud-enfermedad suelen tener el carácter de control de daños y riesgos específicos de un problema o grupo de ellos y por lo tanto la organización del modelo asistencial que de ellas deriva suele ser la de programas o servicios dirigidos a patologías específicas, muchas veces verticalistas y centralizadoras.

El extenso arsenal metodológico y técnico disponible para el abordaje a este nivel tiene que ser dominado por quienes desean dar respuestas a los problemas de salud desde los servicios de salud o en condiciones de limitación de recursos de poder. La gestión a este nivel es básica no sólo para ganar legitimidad, sino además para evidenciar las limitaciones del mismo, la necesidad de redefinir los problemas en espacios superiores y de acumular poder para actuar en los mismos.

VI. LA DEFINICIÓN, EXPLICACIÓN Y ACCIÓN TRANSFORMADORA EN EL ESPACIO DE LO PARTICULAR

Este es el espacio de lo que podríamos llamar la "epidemiología de quién". Los "problemas" aparecen definidos como variaciones del perfil de salud-enfermedad a nivel de grupos de población (17,18). La explicación enfatiza en los procesos de reproducción social, de las condiciones objetivas de existencia (calidad de vida) de cada grupo y en las leyes y principios que rigen las acumulaciones, las formas como se organizan los diferentes "momentos" de dicho proceso.

La existencia y reproducción de los hombres, sus condiciones objetivas de existencia, comprenden como primera condición indispensable la existencia como especie, la replicación y reproducción de los caracteres morfológicos y funcionales de la especie humana. Para efectos de salud-enfermedad debemos destacar los procesos de gestación, crecimiento y desarrollo y su expresión en las capacidades genéticas y patrones de respuesta inmunológica. De allí que un "momento" principal del proceso de reproducción social de las condiciones objetivas de existencia de individuos y grupos, es el momento de reproducción biológica.

La existencia de los hombres y grupos sociales, al igual que en otros seres vivos, ocurre inmersos en múltiples sistemas ecológicos en los cuales interactúan con muchos otros grupos humanos y otras especies en determinadas condiciones naturales. Otro momento principal de la reproducción social de estas condiciones de existencia es así el momento de reproducción de las relaciones ecológicas.

Las relaciones entre los hombres y entre ellos y la naturaleza están mediadas por la conciencia y las formas de conducta que de ella se derivan. Reproducir un grupo humano implica la reproducción de sus formas de percibirse a si mismos y al resto de los grupos de población y de percibir el mundo social y natural ante el cual definen estas conductas (conciencia individual) de grupo, de nación, de clase, nivel y formas de conocimiento de los procesos naturales y sociales, etc.) El tercer momento principal a distinguir es el momento de reproducción de las formas de conciencia y de conducta.

Las relaciones entre los hombres y entre ellos y la naturaleza están básicamente mediadas por la capacidad de trabajar, de producir y distribuir bienes y servicios para satisfacer sus necesidades. Reproducir la existencia de un grupo de población requiere reproducir sus relaciones económicas, sus formas de inserción en el proceso productivo, en la distribución y consumo de bienes y servicios. El cuarto momento principal a identificar es por tanto el momento de reproducción de las relaciones económicas.

El proceso de reproducción social comprende así por lo menos cuatro momentos principales: el momento de reproducción de los procesos biológicos, el de las relaciones y procesos ecológicos, el de las formas de conciencia y de conducta, y el de las relaciones económicas (19). Cada uno de estos procesos está regido por principios y leyes que las disciplinas científicas específicas se han encargado de desentrañar. Las diferentes discipli-

nas de la biología, la ecología, las ciencias de la conciencia y conducta (sicología, antropología, educación, etc.) y las diferentes disciplinas económicas, nos aportan cada día elementos conceptuales, metodológicos y técnicos para conocer los flujos de hechos y las formas de organización (acumulación) correspondientes a cada momento. Sin embargo, es necesario señalar que las condiciones objetivas de existencia de un grupo social y por tanto su perfil de salud-enfermedad, no son la sumatoria más o menos aleatoria de los hechos y acumulaciones en cada momento reproductivo, como procesos independientes. La noción de "momento" pretende justamente superar el concepto de etapa y la visión de "estructuras" o procesos independientes. Cada momento involucra en su proceso al conjunto de los otros momentos y es al mismo tiempo afectado por ellos. Entrando por cada momento nos encontramos con todos los momentos.

Las leyes y principios que rigen en particular en cada momento reproductivo son específicas para él, pero se articulan en el complejo proceso biológico y social de reproducción de las condiciones objetivas de existencia de cada grupo social, de una forma diferente. Esta forma de articulación es expresión del proceso general de reproducción de la sociedad y de la forma de inserción de dicho grupo social.

Abordar los problemas de salud a este nivel permite identificar la acumulación que producen el perfil de salud-enfermedad de cada grupo e identificar las acciones que a nivel de la reproducción biológica (gestación, crecimiento, desarrollo, genética, inmunología, etc.) son técnicamente factibles de realizar para modificarlas. Igualmente permite identificar las acumulaciones a nivel de lo ecológico (condiciones naturales, exposición a ciclos epidemiológicos de enfermedades, saneamiento ambiental, condiciones ambientales de trabajo, etc.) a nivel de las formas de conciencia y conducta (organización, participación, educación, movilización, etc.) y a nivel de las relaciones económicas (proceso de trabajo, participación en la distribución, en el consumo, acceso a servicios asistenciales, etc.) que tenemos posibilidades de modificar, el tipo de hechos que es necesario producir para acumular posibilidades de transformarlas; o bien el tipo de hechos que debemos producir para que se impacte en el nivel de lo general la organización económica, política, cultural y los hechos que ellas producen, la forma de inserción de el grupo social en cuestión. O bien la necesidad de cambiar las reglas generales del sistema.

El tipo de acciones de salud que se derivan de este abordaje particular tiende a organizarse en planes y programas de salud por grupos de población, abriendo mayores posibilidades a la descentralización y a la participación de las organizaciones de la población. Este abordaje permite redefinir muchas de las acciones que podrían definirse en un abordaje singular y potenciarlas como parte del esfuerzo por modificar las condiciones de existencia de un grupo. Permite así mismo plantearse la posibilidad de definir un conjunto de indicadores sobre periodos más precoces del proceso de determinación y también redefinir el

pensamiento preventivo y de promoción de salud, dándose así la mano con las conceptualizaciones más avanzadas de "estrategia de atención primaria", entendida ésta no como "un programa marginal para poblaciones marginalizadas", sino como el conjunto de acciones sociales dirigidas a promover la transformación de la calidad de vida de todos los sectores de la población (20).

Hemos querido insistir en este espacio de lo particular por cuanto, en nuestra opinión, muchas de las limitaciones y dificultades teórico-metodológicas de quienes trabajan en los servicios de salud residen en las limitaciones para definir los problemas y evaluar sus acciones en este ámbito. Así mismo, pensamos, muchas de las dificultades para la incorporación del pensamiento social más avanzado en los espacios técnicos de salud, devienen del escaso énfasis en estos procesos de mediación y la limitación, muchas veces, al abordaje en el espacio de lo general. Recuperar el espacio de lo particular es recuperar los procesos que median entre los procesos más generales y sus manifestaciones a nivel singular. Es asumir toda la potencialidad explicativa de las ciencias biológicas y sociales, pero a partir de la definición de "problemas" de salud-enfermedad y de la búsqueda de acciones que potencien nuestra eficiencia y eficacia.

VII. DEFINICION, EXPLICACION Y ACCION TRANSFORMADORA EN EL ESPACIO DE LO GENERAL

Este es el ámbito de las políticas y planes de salud. Los problemas aparecen básicamente como la necesidad de decidir entre prioridades, entre ellas los planes de salud; como la necesidad de priorizar entre diferentes grupos de población; como la forma de inserción de los perfiles de salud de la población y del modelo asistencial con los procesos económicos, políticos, demográficos y las condiciones naturales del lugar. Este es el ámbito donde suelen definirse las características básicas del modelo asistencial.

El abordaje de los problemas de salud-enfermedad a este nivel permite identificar las relaciones entre ellos y los modelos económicos, los cambios históricos en los procesos políticos, el impacto de grandes catástrofes básicas, o naturales.

No ampliaremos nuestras consideraciones sobre este espacio, por nuestras propias limitaciones, por limitaciones de espacio y por ser el ámbito más extensamente admitido por los investigadores sociales en salud. Sin embargo, queremos destacar la necesidad de profundizar el desarrollo de herramientas conceptuales, metodológicas y técnicas para la valoración prospectiva de los problemas de salud-enfermedad. En circunstancias como las actuales de América Latina se ha incrementado la necesidad de instrumentos para evaluar el impacto a mediano plazo de las decisiones de hoy, a fin de orientar los juicios sobre ellas con bases más sólidas y fundamentadas. La prospectiva en otros campos ha alcanzado desarrollos considerables que contrastan con el estado aún primitivo de la utilización de la

salud (21, 22, 23). Ello es indispensable además por el hecho de que muchas decisiones de hoy sólo podrán ser evaluadas por sus efectos después de muchos años y mediadas por el impacto de muchos procesos.

REFERENCIAS

1. O.M.S. Resolución W.H.A. 30, 43. Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra, 1977.
2. O.M.S. Declaración de Alma-Ata. 1978: Atención Primaria de Salud. Ginebra, 1978. (Serie SPT, 1).
3. O.P.S. Estrategias. Salud Para Todos en el año 2000 Washington, 1980. (Documento Oficial, 173).
4. Barrenechea J., Castellanos P.L., Matus C., Méndez E., Medici A. y Sonis A. Esquema tentativo de análisis de las implicaciones conceptuales y metodológicas de A.P.S. y S.P.T 2000. O.P.S./H.S.I. Washington, 1987.
5. O.P.S. Informe Anual del Director 1984. Washington, 1985. (Documento Oficial, 201).
6. Idem.
7. Testa, Mario. Estrategia, coherencia y poder en las políticas de salud. Cuad. Med. Soc. (Rosario, Argentina) 38:3-24, 1986.
8. Matus, Carlos. Estrategia y plan. 3a. ed. México Siglo XXI, 1981.
9.
 - a) Mitrov. Ian y Bomna. Psychological assumption, experimentation and old world problems: A critique and alternative approach to evaluation. Evaluation Quarterly. 2:235-60, 1980.
 - b) Milotov, I. y Killnan R. Methodological approach to social sciences San Francisco, Jossey-Russ, 1978.
10. Gramsci, Antonio. Notas sobre Maquiavelo. Juan Pablo . México, 1975.
11. Hegel, G. Lógica. Madrid, Ricardo Aguilera, 1971.
12. La noción de procesos de determinación, vinculada al pensamiento explicativo, no debe ser restringida al "pensamiento causal" positivista, en el sentido de Hume ni en el Stuart Mills. Tampoco debe ser confundido con nociones meramente probabilísticas como Súper, ni neo-positivistas estructuralistas y pragmáticas como las de Cillingwood. Si bien no corresponde ahora una discusión sistemática del pensamiento causal en Epidemiología, sí conviene destacar la relevancia que en el proceso práctico de conocimiento tienen las teorías que sobre el objeto tiene el actor conocedor, tal como ha sido rescatado y enfatizado en el pensamiento de Popper, y destacar además, a diferencia de este último autor, la jerarquizada y dinámica complejidad de los procesos de determinación, la relevancia que la forma como los diferentes actores sociales perciben los objetos de conocimiento y transformación tiene para la praxis de dichos actores sociales y el carácter socialmente determinadas de estas formas de percepción.
Para su mayor discusión de los procesos de determinación de salud sugerimos:
- a) Castellanos, Pedro L. La investigación epidemiológica, uso y perspectivas. En: Seminario sobre el uso y perspectivas de la Epidemiología. Buenos Aires, OPS, 1983.
- b) Castellanos, Pedro L. Las ciencias sociales en la investigación en salud. En: Salud y Sociedad. Memorias del Seminario de Ciencias Sociales y Salud. Quito. 1983. OPS. 1986.
13. Sobre la relación entre los flujos de hechos, acumulaciones y reglas conviene ver:
Matus, Carlos. Planificación y política. Cordisplan, Venezuela, IVEPLAN.
14. Glasunov, I et al. An integrated programme for the prevention and control of non communicable diseases. J Chronic. Dis. 36:419-26. 1983.
15. Mac Mahon, B y Pugh. Principios y métodos de la epidemiología. México, La prensa Médica Mexicana. 1975.
16. Lilienfeld, A. Foundations of epidemiology. New York, Oxford University Press, 1976.
17. Breilh, Jaime. Epidemiología, economía, medicina y política. Quito. Univ. Central, 1979.
18. Laurell, Asa C. Work and health in México. Internat. J. Health Service. 9(4): 543-68.
19. Samaja, Juan. Lógica, biología, y sociología médicas. Rev. Centroamericana de Salud. Nº 6-12. Costa Rica. 1976-79.

20. OPS. Desarrollo de la política general de cooperación técnica de la OPS en el cuatrenio 1987-90.
Tema 5. Comité Ejecutivo del consejo Directivo OPS. Washington, 1987.