

La investigación social en salud

Jesús Canelón Pérez

Las Ciencias Sociales han venido ocupando un espacio cada vez más amplio en el estudio de los problemas de salud/enfermedad. Este lugar ha sido ganado gracias a los aportes de los profesionales que desde cada disciplina han demostrado la importancia y utilidad que tiene el acercarnos a las soluciones viables que se requieren. Por otra parte, estas ciencias reivindican al sujeto como punto de partida para comprender la realidad social, colocando sus discursos como materia prima de incomparable riqueza para el conocimiento de la realidad, no en vano, cada día vemos como se democratiza el saber y se incorporan los otrora saberes populares, muchas veces menospreciados, como elementos fundamentales del saber científico en un diálogo social que va en ambas direcciones.

A estos planteamientos debemos agregar la impresionante variedad de posibilidades que desde estas ciencias se han incorporado a la búsqueda del conocimiento, siendo este volumen, una pequeña muestra sobre algunos enfoques de la investigación social en salud.

Este número de Fermentum logra la conjunción de un anhelo que teníamos desde hace al menos dos años, es decir, la publicación de un número sobre la investigación en salud desde diversas perspectivas de las Ciencias Sociales. Es particularmente satisfactorio, además, porque reunimos a un grupo de investigadores de la Facultad de Salud Pública de la Universidad de Sao Paulo, de Brasil, con investigadores venezolanos de la Universidad del Estado Zulia y de la Universidad Centroccidental "Lisandro Alvarado" del

Estado Lara, los cuales han dedicado gran parte de su esfuerzo profesional a dar respuestas a problemas de salud, tanto desde el punto de vista teórico como en la aplicación de estrategias metodológicas, muchas de ellas innovadoras en el área, que acrecientan las visiones de dichos problemas y contribuyen a la comprensión y solución de los mismos.

La revista abre sus páginas con un texto de Fernando Lefevre "El Poder de Proporcionar Salud" (PPS), donde el autor, profesor de la Universidad de Sao Paulo, Brasil, nos introduce en la problemática de la concesión que la sociedad ha otorgado al personal de salud, y en especial a los médicos, para el estudio y conocimiento del cuerpo humano, perdiendo, en muchos casos la posibilidad de que el individuo común decida sobre lo que quiere hacer con su cuerpo y las enfermedades que padece.

En segundo lugar encontramos la propuesta explicativa de Alexis Romero sobre el porqué del diagnóstico de la Lepra es tan difícil de precisar para los médicos no especialistas, lo que redundo en complicaciones innecesarias para los enfermos, que no consiguen una adecuada atención al problema por la ignorancia manifiesta de los profesionales de la salud en el tema.

Se presenta seguidamente un trabajo que explora el conocimiento social de un grupo de madres, médicos pediatras y enfermeras acerca del niño preescolar y su salud, en una zona periférica de la ciudad de Barquisimeto, Estado Lara, Venezuela, el cual fue realizado por Milagros García, donde utiliza estrategias cualitativas para la recolección y análisis de la información recabada, enmarcadas en la teoría de las representaciones sociales, aporte de la Psicología Social al estudio de los problemas contemporáneos. El estudio busca contribuir al proceso de comprensión del tipo de vínculos que se establece entre los servicios de salud y la población.

En la misma tónica del estudio de las representaciones sociales, Jesús Canelón, nos señala las contradicciones entre el conocimiento social de un grupo de madres acerca de la diarrea infantil y el conocimiento científico de médicos, que impide una buena comunicación entre ambos grupos en la búsqueda de la solución de un problema de primer orden en las comunidades de las periferias urbanas de la ciudad de Barquisimeto, Estado Lara, Venezuela.

El siguiente trabajo es un estudio colectivo realizado por Marcia Faría Wesphal, María Cecilia Pelicioni y Mara de Mello Faría, acerca del grave problema del Dengue en Brasil, donde las autoras evalúan el impacto del contenido del Programa Nacional de Erradicación de

Aedes Aegypti, utilizando la técnica de grupo focal, para identificar el repertorio de los receptores del material educativo utilizado en las campañas implantadas por el gobierno.

Cláudia Maria Bogus y Marcia Faría Westphal, en otro trabajo que nos llega del Brasil analizan y evalúan la propuesta pedagógica-metodológica subyacente a un programa de educación popular denominado "Cursos de Formación Política de Consejeros de Salud", promovido por el movimiento de salud de la zona este del municipio de Sao Paulo, para verificar el impacto de los cursos entre los participantes.

Esperamos que estos trabajos puedan ser material de consulta como apoyo a quienes con empeño se dedican a la investigación social en salud.

FERMENTUM. Número Veintiuno. I.— Tema Central: El quehacer de la Sociología en tiempos de crisis. 1.- El quehacer de la Sociología en tiempos de crisis. *Carmen Teresa García.* 2.- El desafío de la Sociología ante el proceso de globalización. *Maricarmen Pérez.* 3.- Venezuela: Estado, acumulación y estructura de poder ante la apertura internacional. *Andrés Rojas.* 4.- Factores asociados al endeudamiento público de Venezuela. *Jorge López Palma.* 5.- La historia de las organizaciones de base en los barrios populares de Mérida. En el contexto de consolidación democrática y urbanización creciente (1958-1980). *María Inés H. de Padrón.* 6.- La memoria y la visión de los jóvenes en El Cobre (Estado Táchira, Venezuela). *Otto Rosales Cárdenas.* II.— Explorando la ciudad: Línea de pobreza y concentración del ingreso en Mérida. *Mario Murua Saavedra y Adelis Graterol Urbina.*

FERMENTUM. Número Veinte. I.— Tema Central: Representaciones Sociales. Complejidad y diversidad de las voces de lo social. 1.— Unidad, diversidad y riqueza de significados desde las representaciones. *Lucy Alvarez de Hétier y Luz Pargas.* 2.— Representaciones y determinación social. *Pierre Vergès.* 3.— Las representaciones sociales en el marco general del pensamiento social. *Michel-Louis Rouquette.* 4.— Relación con el saber, materias escolares y representaciones sociales. *Yapo Yapi.* 5.— Representaciones sociales y prácticas religiosas afro-brasileñas en Río de Janeiro. *Celso Pereira de Sá-Roberto Araujo B-Denise Jodelet.* 6.— Discurso jurídico y desorden social: diversidad de representaciones, recursos e itinerarios terapéuticos frente a los textos legales venezolanos. *Malin Pino de Casanova.* 7.— Democracia y representaciones: la cuestión de lo social. *Mireya Lozada.* 8.— La representación de la muerte en la vida cotidiana. *Virginia Soto y Marisela Hernández.* 9.— Representaciones sociales, prácticas y valores. *Luz Pargas.* 10.— Aproximación a la dimensión colectiva de las representaciones sociales de la fertilidad y fertilización de los suelos. *Lucy Alvarez de Hétier.* II.— Explorando la ciudad: Imagen social de los docentes de educación preescolar y básica en la ciudad de Mérida. *Alejandrina Silva.* III.— Reseñas: Eventos Científicos.

2) Para conocer la vida es necesario especializarse.

Este conocimiento de la vida se fue revelando, con el tiempo, como una actividad altamente compleja, incapaz de ser compartida por el conjunto de los hombres habiendo sido, por lo tanto, relegada a un sector de la sociedad que terminó por especializarse en esta tarea.

3) Para que haya especialización es necesaria la delegación del conjunto de los hombres a un grupo especializado.

A esta especialización corresponde necesariamente la idea de la delegación: para que el individuo se pueda beneficiar de este conocimiento de la vida y de la muerte es preciso que la responsabilidad de esta tarea cognitiva y práctica sea transferida, bajo la forma de un contrato social, desde el conjunto de la sociedad a un subconjunto de individuos que se hacen profesionales y se especializan en ella.

4) Como consecuencia de eso los profesionales pasan a monopolizar el conocimiento teórico y práctico sobre todos los cuerpos, inclusive sobre el cuerpo de los individuos, en nombre de ellos.

La idea de delegación, implica a su vez, la de monopolio, lo que termina por configurar el conocimiento del cuerpo y de todos los cuerpos como privilegio exclusivo de una categoría.

5) Los individuos se confieren a sí mismos un certificado de ignorancia progresiva sobre su propio cuerpo.

Especialización, delegación y monopolio corresponden, a la vez, a un vaciamiento asumido por los individuos comunes en relación al conocimiento sobre su propio cuerpo en la medida en que la competencia especializada supone necesariamente incompetencia propia.

6) Los individuos, por esa razón, tienen cada vez menos poder sobre sus propios cuerpos.

Todo esto hace que los especialistas detenten en sus manos un extraordinario poder, cada vez más grande, en la medida en que el conocimiento pasa a ser progresivamente más especializado. Ese conocimiento puede ser traducido por una representación social del profesional de la salud que tiene, cada vez más, algo que el individuo común tiene cada vez menos, y que es fundamental para su sobrevivencia: el PPS. Así, encontramos en la génesis del PPS los siguientes elementos :

1. Control de la muerte, cuestionamiento del fatalismo, de lo sobrenatural, del destino.
2. Conocimiento de la vida, representación de la vida como objeto que se puede conocer y mecanismo que se puede resolver.
3. Especialización, el conocimiento de la vida es una actividad compleja, imposible de ser realizada por el conjunto de la sociedad.
4. Delegación, esta imposibilidad lleva a un contrato social en que el conjunto de la sociedad transfiere la responsabilidad del conocimiento del cuerpo a un subsector social.
5. Monopolio, el cual acaba configurando el conocimiento del cuerpo y de todos los cuerpos como privilegio exclusivo de una categoría.
6. Auto certificado de ignorancia, esto significa que el conjunto de los individuos se confieren a sí mismos un certificado de ignorancia e ignorancia progresiva de su propio cuerpo.

Consecuencias del PPS

Si el PPS es, por una parte, una realidad social incontestable, un hecho social en el sentido sociológico del término (DURKHEIM, 1977), por otra parte su ejercicio práctico, por así decir, presenta problemas de toda índole. Se presentan a nuestro parecer dos tipos de obstáculos:

1) Obstáculos relacionados con el carácter cotidiano o profano de la salud y enfermedad.

Un obstáculo para el ejercicio de este poder se refiere a la contradicción entre su naturaleza totalitaria (alcance que abarca) y lo cotidiano (carácter profano de muchos de los hechos de la salud/enfermedad).

En efecto si el PPS es totalitario y abarcador en la medida que asume para sí la facultad de proporcionar salud, siempre y en todo lugar en que ésta estuviere siendo amenazada por la enfermedad, su cumplimiento siempre y en todo lugar es tan obviamente impracticable que, entre nosotros y en otras partes, una amplia y mal definida faja de eventos relacionados con hechos de salud y enfermedad deja de ser cubierta por el PPS.

De hecho, tanto para los sistemas de salud como para los individuos, es claramente impracticable el PPS en lo referido al control exógeno de los hechos, como es el caso de episodios iniciales de

enfermedad como: un dolor de barriga, un mal de estómago, un mareo, una picazón, en fin los más variados y numerosos eventos considerados como ligeros o no graves.

Frente a estas situaciones se razona más o menos así:

- se trata de eventos no graves, esto es, que no tienden a amenazar seriamente el equilibrio específico y mental de los individuos,
- se trata de eventos con los cuales es posible convivir en lo cotidiano,
- no es necesario recurrir al sistema profesional de salud cargando con costos de todo tipo,
- estos eventos suelen "pasar" o disminuir en intensidad por sí mismos o con intervenciones que están "a la altura" de los individuos, por todo eso los individuos asumen para sí (o para su prójimo) el PPS pasando a practicar una "medicina profana o de lo cotidiano".

De esto resulta una situación bastante confusa, sobre lo cual, en nuestra opinión, no se ha reflexionado con la debida profundidad.

Si en teoría parece absurdo y oneroso sobrecargar al sistema y a los profesionales de la salud con una demanda de atención a eventos "irrelevantes", y si también en teoría, debería corresponder a los individuos administrar autónomamente lo cotidiano del funcionamiento "normal" de sus cuerpos, podemos decir que aquellas condiciones que históricamente generaron, y continúan generando el PPS son las mismas que impiden que prevalezca el sentido común, en la medida en que llevan a la polarización del conocimiento en los profesionales y la ignorancia en los individuos, en lo referente al cuerpo del ser humano.

En estas condiciones de "ignorancia estructural inducida", ¿cómo asegurar que los individuos comunes tengan: percepción lo suficientemente correcta del evento mórbido y de su nivel de gravedad, sentido común para adoptar la "terapéutica" correcta, que también incluye el no hacer nada y la correcta evaluación del "output".

Nos parece completamente absurdo e injusto culpar, como se hace siempre, a los individuos para practicar esta "medicina profana" en sí mismos y en sus prójimos. En realidad, ¿qué otra cosa pueden hacer ellos para administrar lo cotidiano "normal" de sus vidas?, ¿cómo pueden los individuos salir de ese impase, proporcionando salud a sí mismos y a su prójimo, si ha sido retirado de ellos todo el poder/ conocimiento necesario para el cumplimiento de tal exigencia?.

El resultado práctico de todo eso es la situación caótica que todos conocemos: práctica altamente diseminada de el auto charlatanismo (estimulada por el incesante y omnipresente incentivo comercial a la auto medicación), incapacidad generalizada para percibir con claridad el funcionamiento del propio cuerpo, desprecio generalizado por la naturaleza eminentemente técnica de la intervención médico-medicamentos y por consiguiente, incapacidad para evaluar los riesgos de la utilidad laical de esos instrumentos.

2) Obstáculos ligados a la contradicción entre racionalidad técnica y racionalidad de consumo.

En teoría, el PPS en las formaciones socioculturales modernas, decisivamente afectadas por la idea de "consumo", hace de los profesionales de la salud una instancia responsable para que los bienes de consumo de la salud sean la mejor o la más científica y/o técnica respuesta posible a una determinada configuración orgánica que se presenta en los individuos, configuración ésta que sólo esos profesionales son capaces de definir como representativa de una alteración de un patrón de normalidad.

Ahora bien, si esta situación social de clase, como diría POULANTZAS (1974) de los profesionales de la salud, le confiere un gran poder, éste sólo se configuraría, de hecho, si consideramos que las relaciones sociales que envuelven el campo de la salud y enfermedad, y especialmente las relaciones de consumo, fuesen total y completamente regidas por patrones de racionalidad científica.

Cuando miramos el problema desde el ángulo de los intereses sociales ligados a la producción y circulación de bienes y servicios de la salud, vemos con meridiana claridad que el PPS, en cuanto atributo de los profesionales de la salud, en especial del médico, puede ser visto (y frecuentemente lo es), como un obstáculo a la "libre producción y circulación de mercancías de la salud".

Y esto ocurre, no sólo por razones digamos sociológicas, o sea, cuando consideramos que los profesionales de salud, comparados con los segmentos sociales que detentan la posesión de los medios de producción y circulación de mercancías, ocupan posiciones sociales claramente subordinadas en la jerarquía de las posiciones sociales dominantes o hegemónicas.

El PPS puede también ser visto como un obstáculo a la libre producción y circulación de mercancías considerando el problema desde el punto de vista del valor simbólico de que están investidos los productos o servicios de la salud.

En efecto, si en el contexto filosófico de la teoría marxista de la alienación y de la materialización consideramos el hecho descrito por ejemplo, por autores como BAUDRILLARD (1972), de que vivimos actualmente en una sociedad de objetos, y si consideramos que en el campo de la salud y enfermedad esos objetos son las mercancías simbólicas investidas de salud, y si finalmente consideramos que en última instancia, lo que opera directamente en la curación son los bienes de la salud (medicinas, aparatos como los que rompen los cálculos renales, etc.), podemos entender que las dos caras del PPS, antes descrito, pueden perfectamente entrar en conflicto.

De hecho, la fracción del PPS que se refiere al poder de los profesionales de la salud está vinculada al conocimiento, debidamente certificado por los respectivos títulos o diplomas legales, que confiere a estos profesionales la posesión exclusiva de un código que les permite, y sólo a ellos, "crear" (VERON, 1980), en el registro de la racionalidad científica o de la "norma culta", discursos (por ejemplo la prescripción con base a diagnósticos previos), que tengan como "contenido" los bienes/servicios de salud. Esto significa, en teoría, que el PPS de esos profesionales se relaciona con su capacidad de enunciar frases "correctas o legales" (LYONS, 1972) a propósito de los bienes y servicios de la salud y con la creencia o representación (científica y corporativa) de que la "verdadera" salud sólo puede ser obtenida cuando es "correctamente enunciada".

Pero ellos mismos saben que no es tan solo la salud en el mejor de los casos, sino su precondition o fundamento racional, y que la salud misma es aquella que está incorporada o materializada en los objetos y servicios que directamente proporcionan el "completo bienestar..." a que se refiere la OMS.

Ahora bien, en una sociedad cuyo fundamento último es el consumo, la introducción de una instancia mediadora que califique este consumo puede (tanto desde el punto de vista de los detentores de los medios de producción y circulación de mercancías/servicios, como desde el punto de vista de los usuarios/consumidores) representar un obstáculo al "libre consumo" de la salud, o sea, de los objetos investidos de salud.

En ese contexto es posible entender la auto medicación (tanto la forma más controlada de medicinas OTC, como bajo formas salvajes como en Brasil, donde casi todo es permitido) como un pacto productor-consumidor, que permite excluir al "tercero" indeseable (el profesional de la salud y demás instancias relacionadas como la FDA, Ministerios de la Salud, Servicios de Vigilancia Sanitaria, etc.) posibilitando la producción y

el consumo directo de la salud como objeto. Así entendida, la auto medicación puede inclusive, ser reinterpretada por el consumidor como un intento "válido" de su parte para "recuperar" el control de su propio cuerpo, que había sido delegado al profesional de la salud, legitimando así la apropiación de procedimientos e instrumentos técnicos: auto diagnóstico, diagnóstico laico, auto terapia, consumo de medicamentos, etc.

Sin embargo, no debemos subestimar al PPS en cuanto facultad de los profesionales de la salud. Ellos detentan todavía en sus manos un gran poder que está relacionado con la importancia capital del conocimiento y la tecnología en las sociedades modernas de consumo.

Es indiscutible que en estas sociedades lo que brilla son los objetos iluminados en las vitrinas. En efecto, la representación social de la salud y la enfermedad absolutamente hegemónica, internalizada por el conjunto de los ciudadanos, deja patente que el brillo de los objetos que circulan en el campo de la salud y la enfermedad se debe a la ciencia y la tecnología incorporadas y reflejadas por ellos.

La comparación es inevitable: todos sabemos que los aviones vuelan, ¡pero no vuelan sin pilotos!. Es evidente que sin pilotos los aviones no vuelan bajo ninguna hipótesis. Sin embargo, las medicinas pueden curar sin los médicos, todos sabemos también, por lógica y por experiencia vivencial, que el consumo "libre" de medicamentos propicios a la salud puede representar riesgos personales como la no cura del malestar y/o su agravamiento o, además, la instalación del malestar donde no existía (efectos adversos).

Conclusiones

En resumen, los profesionales de la salud tan sólo asumen para sí, en función de su conocimiento, el poder propio no sólo de eliminar o controlar los riesgos inherentes al consumo no controlado de esos medicamentos poderosos (y peligrosos), sino también, el poder de calificar positivamente ese mismo consumo seleccionando y combinando entre los mejores o más eficaces objetos (LEFEVRE, 1991) lo que, evidentemente, sólo es posible para quienes dominan la ciencia y la tecnología, ésto es, el código o idioma en el cual estos medicamentos están "escritos" o "creados".

Sin embargo, a pesar de eso, en este campo de la salud/enfermedad permanece una contradicción, característica de las sociedades de consumo de objetos, entre el PPS como atributo de los profesionales de salud y el PPS como atributo de los medicamentos (objetos) productores (directos e inmediatos) de salud, entre la ciencia como competencia de los científicos/

profesionales de la salud/médicos que la practican y la ciencia como racionalidad abstracta incorporada en las "mercancías saludables".

A pesar de lo dicho, desde la perspectiva de la Salud Pública/Colectiva, no se trata necesariamente de una "contradicción dialécticamente productiva", en la medida que la tensión entre estas polaridades opuestas puede no traspasar el campo del consumo y de la salud como consumo. En efecto, ¿qué expresa esta contradicción sino un antagonismo, digamos, entre "hetero medicación" y "auto medicación", con ambos polos produciendo "medicalización"?

Claro está que, desde la perspectiva de la Salud Pública/Colectiva, es mucho más útil volver a ubicar el debate alrededor de la contradicción positiva, entre la salud individual y la salud colectiva, con sus conocidos desdoblamientos que afectan la perspectiva clínica y la epidemiológica. Para eso, sin embargo, es necesario entre otras cosas "captar" y comprometer al individuo (como tal y como usuario de los servicios de salud) con la perspectiva colectiva/epidemiológica, lo que constituye una tarea ardua y problemática en la medida que el individuo difícilmente logra verse y sentirse saludable o enfermo en el registro de lo colectivo puesto que, como es sabido por todos, lo concreto de la salud y la enfermedad se expresa en las sensaciones de placer o dolor inscritas en los cuerpos privados de cada uno de nosotros.

Traducido por María de Lourdes Gabaldón

Bibliografía

- BAUDRILLARD J. (1972). **Pour une critique de l'économie politique du signe**. Gallimard. Paris, France.
- DURKHEIM E. (1977). "Objetividade e identidade na análise da vida social": en FORACCHI, M y MARTINS, J: **Sociologia e Sociedade**. Livros Técnicos y Científicos. Rio de Janeiro, Brasil.
- JODELET D. (1993). **Les représentation sociales**. PUF. 3ª Edición. Paris, France.
- LEFEVRE F. (1991). **O medicamento como mercadoria simbólica**. Cortez, Sao Paulo, Brasil.
- LYONS J. (1972). **O que é a linguagem: introducao ao pensamento de Noam Chomsky**. Ed. Estampa. Lisboa, Portugal.
- POULANTZAS N. (1974). **Les classes sociales dans le capitalisme d'aujourd'hui**. Seuil. Paris, France.
- VERON E. (1980). **A producao do sentido**. Cultris/Edusp. Sao Paulo, Brasil.

FERMENTUM. Número Diecinueve. I.— Tema Central: Género y Sociedad. 1.— Caminos sinuosos y rutas novedosas: género, sexualidad y familia en ALAS. *Rosario Esteinou y Vanía Salles*. 2.— Familia, mujer y sexualidad en la sociedad de «Frontera» de la Amazonia Brasileña. *María Angela D'Incao*. 3.— Vida familiar y subjetividad en mujeres de sectores populares participantes de movimientos políticos-comunitarios. *Andrea Federico y Agustín Salvia*. 4.— Vida familiar y democratización de los espacios privados. *Vanía Salles y Rodolfo Tuirán*. 5.— Configuraciones valorativas en la pareja frente al trabajo femenino: el caso de los sectores medios. *Rosario Esteinou*. 6.— Formas de resistencia y acción colectiva en cárceles de mujeres. *Sara Makowski Muchnik*. 7.— Mujeres ejecutivas en México. *Gina Zabudovsky*. 8.— Participación activa de las parteras de Cuajinicuilapa, Guerrero en la salud reproductiva. *Ma. Eugenia Ramírez Parra*. 9.— El papel de la Iglesia Católica en la discusión sobre la sexualidad. *María Consuelo Mejía*. II.— Explorando la ciudad: Disfunción familiar en mujeres profesionales de la medicina en Mérida. *Carmen Cristina Silva Aguilar*. III.— Reseñas: Revistas especializadas en género, mujeres, etc., con las cuales se tiene canjes.

FERMENTUM. Número Dieciocho. I.— Tema Central: Miradas sobre América Latina. 1.— América Latina: un continente de difícil aprehensión inmediata. *Carmen Teresa García y Anne Bride-Collin Delavaud*. 2.— América Latina: del regionalismo cerrado al regionalismo abierto. *Alejandro Gutiérrez*. 3.— Latinoamérica: ¿una unidad sociopolítica Homogénea? *Nancy Santana Cova*. 4.— La salsa como aporte sociocultural de El Caribe al mundo. *Saúl Escalona*. 5.— Crecimiento urbano y vulnerabilidad forzada en las ciudades de los países andinos. *Anne Bride-Collin Delavaud*. 6.— Las dos caras del turismo: beneficios económicos contra costos socio-culturales y ecológicos: el caso de México. *Nora L. Bringas Rábago*. 7.— Arrendatarios o «allegados»: nuevas formas de división del espacio doméstico en los sectores populares de Santiago de Chile. *Catherine Paquette Vasalli*. II.— Apoyo a la docencia: Una mirada sobre la mirada. *Bianca Elisa Cabral*. III.— Reseña: Relación entre dos instituciones de investigación: Instituto de Altos Estudios de América Latina (IHEAL) Francia y Grupo de Investigaciones en Socioantropología de la Ciudad (GISAC) Mérida-Venezuela.

FERMENTUM. Número Dieciseis y Diecisiete. I.— Tema Central: Los Movimientos Sociales. 1.— De los Movimientos Sociales Urbanos a la Cultura de Urgencia en la Metrópoli. *Magaly Sánchez R.* 2.— Vida violenta y vínculos sociales de urgencia: bandas de barrios de Caracas y gangs en los ghettos americanos. *Yves Pedrazzini y Magaly Sánchez R.* 3.— Banlieues francesas y ghettos negros americanos: de la amalgama a la comparación. *Loïc J.D. Wacquant*. 4.— Los jóvenes no escuchan, viven. *Omar Ricón*. 5.— La socialización violenta de los/as menores trabajadores/as en Venezuela. *Carmen Teresa García*. 6.— Un recorrido necesario: la cuestión de los movimientos sociales urbanos en América Latina. *María Inés Hernández de Padrón*. 7.— Movimientos Sociales y Estado: dificultades y retos de la política educativa democrática (un estudio de caso). *Ligia Helena Hahn Lüchmann*. 8.— Actores sociales y gestión de la ciudad. *Pedro Pérez*. II.— Explorando la ciudad: Movimientos Sociales y Crecimiento Urbano, en la segunda mitad del siglo XX, en la ciudad de Mérida, Venezuela. El caso de los Comités Pro-viviendas (1985-1995). *Oscar Aguilar*. III.— Reseñas: Reseñas de Libros.