

MARCOS CONCEPTUALES EN SALUD PUBLICA MODELOS, PARADIGMAS O PROPUESTAS DISCIPLINARIAS

Cuad. Méd.-Soc., XXXIV, 2 y 3, 1993/ 29-36

Armando Arredondo
Jefe Depto. Investigación en Financiamiento y Tecnología
para la Salud del Instituto Nacional de Salud Pública.
Av. Universidad 655, Col. Sta. Ma. Ahuacatlán,
Cuernavaca, Morelos. México

ABSTRACT:

This article include a review and critical-reflexive analysis on character of paradigm, model or disciplinary proposal that have the diferents frameworks which have been developed for the study of health-disease process and health systems. It includes the following proposals: sanitary, biomedical, classical epidemiological, higienist-preventive, ecologist, social epidemiological, hystorical-materialism sociomedical and neoconservative sociomedical. For each one the review includes: perspective of analysis, hypothesis, labels, advantages, limits, era and authors. It the same time It consider that the main object of analysis to the public health are: the health-disease conditions and tha way that each social group organize the resources in order to response their health needs.

Key words: Model, Paradigm and Disciplinary Proposel.

RESUMEN

En este trabajo se hace un análisis crítico y reflexivo sobre el carácter de modelo, paradigma ó propuesta disciplinaria de algunos de los diferentes marcos teórico-conceptuales que se han desarrollado en diferentes espacios del quehacer académico de la salud pública a nivel mundial. Para tal efecto, en este ejercicio se revisan los marcos: sanitarista, biomédico, epidemiológico clásico, higienista preventivo, ecologista, epidemiológico social, sociomédico materialismo histórico y sociomédico neoconservador. Para cada marco propuesto, se delimitan las perspectivas de análisis, las hipótesis que subyacen, las variables incluidas, los aportes fundamentales, las limitaciones operacionales, su época y principales representantes. Asimismo se parte de la premisa de que el principal objeto de estudio para la salud pública esta constituido por las condiciones de salud-enfermedad que priva en cada conjunto poblacional y por la manera en que se organiza cada grupo social para dar respuesta a tales condiciones.

Palabras clave: Modelo, paradigma y propuesta disciplinaria.

INTRODUCCION

Este trabajo parte de la necesidad de hacer una revisión y análisis de los diferentes marcos conceptuales correspondientes a las principales tendencias históricas en el pensamiento sobre la salud pública, marcos que han jugado un rol relevante para el abordaje de los dos grandes objetos de análisis de la salud pública: las condiciones de salud-enfermedad y la respuesta social organizada.

Los marcos conceptuales revisados incluyen: biomédico, higienista-preventivo, sanitarista, ecologista, epidemiológico clásico, epidemiológico social, sociomédico materialismo histórico y sociomédico neoconservador. Se trata de un ensayo exploratorio, de carácter analítico y reflexivo para delimitar si los marcos conceptuales incluidos en la revisión son modelos teóricos, paradigmas o propuestas disciplinarias. Además de incluir una breve discusión teórica de estos conceptos, se determinó para cada marco propuesto la perspectiva de análisis, la hipótesis que subyace, las variables de estudio él o los aportes fundamentales, sus limitaciones, la época y sus principales representantes

Por otra parte, tomando como base la delimita-

ción de aspectos mencionados para cada propuesta, interesa también analizar y reflexionar hasta que punto dichas propuestas son compatibles, complementarias, contradictorias, tendenciosas y/o conservadoras, en el análisis de sus dos objetos de estudio.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La diversidad de marcos teóricos y disciplinas involucradas en el análisis de los dos objetos de estudio de la salud pública, es muy amplia, y excede a los propósitos de este ensayo. Sin embargo si es un propósito fundamental mostrar un haz de luz de la diversidad y problemática operativa de propuestas de referencia y de la construcción del conocimiento que se ha abordado alrededor de un mismo objeto de análisis.

El pensamiento espontáneo de la totalidad, que como tendencia se mostró vigorosa en la época preburguesa y en los primeros tiempos de la burguesía, se perdió cada vez más con la atomización creciente del proceso social; en todos los ámbitos del quehacer científico se impuso la especialización de las diferentes disciplinas y la fragmentación interna del abordaje de un mismo objeto de estudio presentándose como fenómeno concomitante la intelectualización del objeto singular aislado pagando un alto costo intelectual-social al renunciar a la realidad como un todo unitario, tanto para su abordaje teórico como operativo (1).

Esta manera de abordar la construcción del conocimiento originó el desarrollo de varios marcos conceptuales que desde diferentes disciplinas trataron de abordar el mismo objeto de estudio. El ejercicio de la salud pública está estrechamente relacionado con esta manera de abordar la realidad y con la aplicación de un conocimiento científico y tecnológico que desde diferentes perspectivas de pensamiento, ha sido transmitido en las aulas académicas y a través de generaciones como algo irrefutable. Dichos marcos teóricos se filtran en diferentes espacios académico-intelectuales, mismos que hacen las veces de medio de cultivo ad-hoc para su legitimización, y donde pocas veces sus seguidores, sean alumnos de posgrado en salud pública y/o trabajadores de la salud pública, se dan a la tarea de hacer un análisis crítico y reflexivo sobre la concepción de modelos, propuestas disciplinarias y más recientemente, de paradigmas, mismos que marcan la pauta de su práctica profesional y de la formación de futuras generaciones.

Para fines de este ensayo, se plantea abordar la problemática mencionada desde la introducción,

tomando como objeto de análisis algunos de los marcos conceptuales que a partir de diferentes disciplinas de estudio proponen una serie de determinantes, tanto de las condiciones de salud como de la respuesta social organizada. Se trata pues, de hacer una reflexión crítica sobre algunos de los marcos conceptuales que se han propuesto hasta la fecha y que de alguna manera han sido incluidos, inclusive determinantes, en las actividades de docencia, de investigación y de servicios de salud pública en México.

Dicho lo anterior, a pesar de que resulta aparentemente sencillo establecer acciones de salud pública, y de que su rol en el equilibrio salud-enfermedad-respuesta social nunca ha dejado de considerarse un equilibrio deseable por los distintos actores sociales a lo largo de la historia, en el momento en que los profesionales de la salud deciden abandonar su experiencia cotidiana y abordan la discusión teórico-conceptual de la salud pública desde todos los puntos de vista posibles, se encuentran con algunas dificultades.

En efecto, el término salud pública está cargado de significados ambiguos (2,3). Agregaría a lo anterior que además de cierta ambigüedad, tales significados se vuelven contradictorios y por consecuencia en conflicto. A través de la historia, cinco connotaciones han sido particularmente prominentes en la concepción de la salud pública:

- equiparación de la salud pública con el sector público o la acción gubernamental.
- acciones donde participa la comunidad organizada, es decir, el "público".
- identificación con los "servicios no personales de salud".
- acciones preventivas dirigidas a grupos vulnerables.
- eventos de salud-enfermedad de alta peligrosidad o frecuencia.

Esta ambigüedad y conflicto, no son privativos de la definición conceptual, ambos fenómenos también se reflejan en el desarrollo teórico-explícito de las diferentes propuestas que incluyen un marco de análisis y de abordaje operativo para la salud pública, donde cada una propone sus propias hipótesis, variables y perspectivas de análisis, bajo la búsqueda de planteamientos y enunciados "científicos", objetivos y operativos que expresen ó ayuden a entender la determinación tanto de las condiciones, como de la respuesta social.

Consideraciones conceptuales:

El objetivo de los párrafos siguientes es resaltar otra serie de ambigüedades que encierran los con-

ceptos utilizados en este ensayo. Por otra parte ante tal ambigüedad, se tratará de hacer una delimitación conceptual, del uso que se dará a cada uno de los términos contemplados, a saber: salud pública, modelo, paradigma y propuesta disciplinaria.

Salud pública

Ya se resaltó la ambigüedad que encierra la definición de la salud pública, baste en esta sección aclarar que para fines de este ensayo, el adjetivo de “pública” no significa un conjunto de servicios en particular, ni una forma de propiedad, ni un tipo de usuarios de servicios, sino más bien, un nivel específico de análisis, como Frenk lo refiere, un nivel poblacional (4). En este sentido la esencia de la salud pública como disciplina, consiste en que adopta una perspectiva de análisis a nivel poblacional tanto de las condiciones de salud como de la manera de organizar los recursos destinados a, responder a tales condiciones.

Modelo

La palabra modelo también contiene varias ambigüedades, la primera de ellas es la que se refiere al uso de la palabra como una representación de una realidad particular, también se emplea en el sentido de perfección e ideal, o como la muestra de algún evento o fenómeno particular. Sin embargo en la ciencia se hace referencia a un modelo, siempre y cuando se abarquen tres significaciones fundamentales: representación de una teoría, muestra de condiciones ideales en las que se produce un fenómeno al verificarse una ley o teoría y una muestra particular de la explicación general que da la teoría. En un sentido no estricto, se puede hablar de modelos cuando solo contienen la representación de una teoría, siempre y cuando se hagan las aclaraciones pertinentes (5-6).

Paradigma

La palabra paradigma, es una introducción a la literatura científica por la aparición del libro: “La Estructura de las Revoluciones Científicas” (Kuhn T.), y como los conceptos anteriores también presenta diferentes grados de ambigüedad. En efecto, para los críticos, priva el consenso de que hay un elevado número de sentidos diferentes en los que se usa el término. Se han encontrado por lo menos veintidós usos diferentes, que incluyen desde “logro científico concreto” hasta “conjunto característico de creencias y percepciones”, incluyendo métodos e instrumentos y técnicas hasta teorías. Por lo tanto es necesario hacer las siguientes consideraciones.

Para fines de este ensayo, se parte de la propuesta

hecha por Kuhn, donde un sentido de “paradigma” es global, incluyendo todos los cometidos compartidos por un grupo científico; el otro aísla una clase de cometidos particularmente importante y de este modo, es un subconjunto del primero. En este caso, el término “paradigma” se aproxima a la expresión “comunidad científica”. Por lo tanto, un paradigma es un conjunto de elementos culturales, de conocimientos y códigos teóricos, técnicos y metodológicos, que los miembros de una comunidad científica y sólo ellos comparten, y donde es posible tanto verificar como falsear la teoría que subyace. Y a la inversa: es la posesión de un paradigma común lo que constituye una comunidad científica (6).

Propuesta disciplinaria

El caso de propuesta disciplinaria, tiene similitud con el de paradigma. Sin embargo una propuesta disciplinaria, al parecer, carece de ambigüedades, entendiéndose como el cuerpo de conocimientos teórico-metodológicos, que constituyen la posesión común de los que practican una disciplina profesional bajo un mismo objeto de estudio y a diferencia de un paradigma, la teoría que subyace puede ser verificada pero no es falseable (7). Es importante señalar que se entiende por disciplina profesional al conjunto de códigos (técnicos, teórico-metodológicos), reglas y cultura académica, que se integran en diferentes niveles de aproximación para abordar un mismo objeto de estudio (7a)

MARCOS CONCEPTUALES EN SALUD PUBLICA

El análisis de marcos conceptuales en salud pública considerados para este ensayo incluye ocho marcos propuestos, a saber: higienista-preventivo (8-10), biomédico (11-13), sanitarista (14-15), epidemiológico clásico (16-18), ecologista (19-21), epidemiológico social (22-24), sociomédico materialismo-histórico (25-29) y sociomédico neoconservador (30-33). Cada uno de ellos desde diferentes disciplinas abordan, o por lo menos presuponen abordar, el mismo objeto de estudio.

Es necesario aclarar que no se trata de describir detalladamente cada marco conceptual, sino que para fines de reflexión, tomando como punto de referencia la revisión bibliográfica de artículos representativos de cada marco, se trató de delimitar la perspectiva de análisis, las hipótesis de trabajo, variables, aportes básicos, limitaciones operacionales, época y representantes; elementos que se plantean explícitamente en el cuadro N° 1.

Cuadro Nº 1
Marcos conceptuales en Salud Pública

Marco conceptual	Perspectiva de análisis	Hipótesis	VARIABLES	Aportes	Limitaciones	Epoca y representantes
Sanitarista	Salud-Enfermedad	Tanto la salud como la enfermedad son el resultado de las condiciones sanitarias que rodean al individuo y del nivel de prevención-acción que se tiene sobre tales condiciones.	-factores del ambiente	Promueve la introducción de medidas de saneamiento y permite asignar un valor específico a los factores ambientales involucrados en el proceso salud-enfermedad.	No contempla los factores sociales que determinarían la prevalencia de condiciones de vida insalubres para diferentes grupos sociales. No explica la génesis de perfiles diferenciales de salud-enfermedad.	Segunda mitad del siglo XVIII R: Smith y Pettenkofer
Biomédico	Enfermedad	La enfermedad es la respuesta a la presencia activa de agentes externos. Constituye un fenómeno dependiente de un agente causal biológico y de la respuesta del individuo	- agente causal patógeno - individuo	La identificación del agente biológico causal permitió la implementación de medidas de control y la investigación de fármacos y vacunas que revolucionaron el tratamiento de enfermedades infecciosas.	Bajo la perspectiva de este marco no es fácil explicar porque el mismo agente no produce siempre la enfermedad. Se decifra parcialmente la causa biológica de la enfermedad, sin abordar el estudio del rol que juegan otros factores.	Segunda mitad del siglo XIX y principios del siglo XX R: Pasteur y Koch
Epidemiológico clásico	Enfermedad	La interacción de factores de riesgo individual y grupal bajo ciertas condiciones de causalidad, explican los determinantes de la enfermedad.	- riesgo individual - riesgo grupal - red de causalidad	Este enfoque permite considerar los diferentes factores de riesgo en tiempo, lugar y persona, que interactúan con la enfermedad, sobre los cuales se puede actuar preventivamente.	El énfasis de los determinantes continúa sobre los factores ambientales, biológicos e individuales. Los factores sociales aparecen como parte del entorno sin determinar su valor específico y sin diferenciarlos de los otros factores.	Segunda mitad del siglo XX (60') R: McMahon y Pugh
Higienista-preventivo	Salud	La salud depende del equilibrio entre agente, huésped y ambiente, y de la conducta individual o social que se tenga.	-factores conductuales -factores del huésped -factores del ambiente -factores del agente	Permite considerar cuatro factores participantes como riesgo comunitarios sobre la salud. Sobre estos factores se puede actuar preventivamente tomando en cuenta como primera instancia aspectos conductuales y hábitos higiénicos.	La limitación fundamental de este marco es que el énfasis de los determinantes se da sobre aspectos biológicos. Lo social aparece como un elemento más incluido en el entorno y además no establece peso específico para cada factor participante.	Segunda mitad del siglo XX (60s) R: Leavell y Clark

Ecologista	Salud	Las condiciones de salud dependen del equilibrio entre huésped y ambiente, en un contexto bidimensional que descubre las relaciones de factores causales entre sí y sobre el efecto.	<ul style="list-style-type: none"> -factores del ambiente -factores del huésped 	Además de los factores del ambiente permite asignar un valor específico a otros factores involucrados en el proceso salud-enfermedad.	Mediante este enfoque no es posible identificar la génesis de perfiles epidemiológicos diferenciales. Adolece de conceptos y métodos adecuados para abordar el determinante social.	Segunda mitad del siglo XX (70s) R: Susser y Dubos
Epidemiología social	Enfermedad	La enfermedad es producto de las condiciones de vida y de trabajo de cada grupo social.	<ul style="list-style-type: none"> -estilo de vida -organización social -condiciones de trabajo 	Privilegia lo social como el factor más importante, mismo que explica la presencia de otros factores determinantes del proceso salud-enfermedad.	En el uso de este enfoque se corre el riesgo de reducir la complejidad del proceso salud-enfermedad a la problemática de las relaciones sociales y por consecuencia se marginan los factores de riesgo de otra índole.	Segunda mitad del siglo XX (70s) R: Cassel, Antonovsky y Reeder
Sociomédico (material-histórico)	Salud-enfermedad Respuesta social	El proceso de salud-enfermedad es diferenciado para cada grupo social, dependiendo del contexto histórico, del modo de producción y de la pertenencia de clase.	<ul style="list-style-type: none"> -dimensión histórica -clase social -desgaste laboral -producción del individuo 	Incorpora el determinante histórico-social al estudio del perfil epidemiológico de diferentes grupos. Cuestiona la eficacia de medidas correctivas y preventivas para el abordaje, tanto de las condiciones de salud como de la respuesta social, manteniendo intactas la relaciones de explotación.	El hecho de que todos los factores determinantes permanen por lo histórico-social, conduce al riesgo de limitar el análisis, a la problemática de los factores sociales y del determinante histórico.	Segunda mitad del siglo XX (70s) R: Belinger, Waitzkin, Laurell, Breilh y Navarro
Sociomédico (neoconservador)	Salud-Enfermedad Respuesta Social	El perfil epidemiológico resulta de factores biológicos, psíquicos, sociales y culturales, que operan jerárquicamente en diferentes niveles de determinación. Tales factores también determinan la manera en que se organiza la sociedad para dar respuesta a las condiciones de salud que generan.	<ul style="list-style-type: none"> -determinantes básicos -determinantes estructurales -determinantes próximos -estado de salud 	Contempla un enfoque integral sobre los determinantes del proceso salud-enfermedad. Contrarresta el abordaje fragmentado del conocimiento de los diferentes factores. Incluye categorías de análisis para diferenciar el rol de la respuesta social organizada del Sector Salud.	No desagra la influencia de cada uno de los factores participantes. Por lo tanto no es posible ponderar el valor específico de cada determinante. Los niveles de jerarquía de cada determinante complican el análisis dependiendo del evento salud-enfermedad bajo estudio.	Segunda mitad del siglo Xx (80s-90s) R: Frenk, Pearlin y Lewis

DISCUSION Y CONCLUSIONES

Independientemente de la ambigüedad que priva en la definición de la salud pública, partiendo de sus dos principales objetos de estudio y del nivel de análisis poblacional que idealmente debería tomar esta disciplina como punto de partida, podemos decir que de los marcos revisados, a excepción de los sociomédicos, ninguno de ellos aborda el análisis de la respuesta social como objeto de estudio fundamental para la salud pública, incluso los mismos marcos sociomédicos abordan el análisis de la respuesta social organizada de una manera parcial, sin darle el mismo tratamiento que le dan al análisis de las condiciones.

En cuanto al estudio de las condiciones, tenemos tres grupos de marcos teóricos: grupo 1, cuya perspectiva de análisis es fundamentalmente la enfermedad (biomédico, epidemiológico clásico y epidemiológico social); grupo 2, cuya perspectiva de análisis es fundamentalmente la salud (higienista-preventivo y ecológico); grupo 3, cuya perspectiva de análisis incluye tanto a la salud como la enfermedad (sanitarista y sociomédicos).

En este sentido, podemos decir que el abordaje fragmentado en la construcción del conocimiento en salud pública se da también al interior de las propias disciplinas, ya que el mismo objeto de estudio se ve fragmentado al tener como perspectiva de análisis, sólo una parte de las condiciones sin incluir el análisis de la respuesta social organizada.

Por otra parte, cada marco tiene una hipótesis implícita ó explícita, así como las variables de análisis en relación a los determinantes del proceso salud-enfermedad. Sin embargo, ninguno de los marcos propuestos cumple con los requisitos de lo que en ciencia se puede denominar modelo. En efecto, las propuestas se limitan a representaciones de una teoría sin cumplir con las otras dos significaciones fundamentales: mostrar las condiciones ideales en las que se produce un fenómeno al verificarse la teoría y mostrar particularmente la explicación general que da la teoría propuesta.

En el caso del carácter de paradigma de cada marco, podemos decir que si existe el conjunto de elementos culturales, de conocimientos y códigos teóricos, técnicos y metodológicos que podrían compartir los miembros de una comunidad científica, sin embargo si bien es cierto se podría llegar a verificar la teoría que subyace, también es cierto que esta última no se puede falsear o por lo menos ninguno de sus representantes lo ha hecho.

Por lo tanto, no es claro poder entender si las hipótesis que los conducen son verificables y/o

falseables. Al parecer cada autor o representante está interesado en verificar su planteamiento, pero ningún autor se ha planteado la necesidad de falsar sus propuestas teóricas. Parecería que construir el conocimiento es verificar, sin tomar en cuenta que más que construirlo lo están limitando pues el hecho de no abordar la falsabilidad de los enunciados teóricos que subyacen en las hipótesis y variables propuestas, es una limitante para el progreso del conocimiento.

Aquí es necesario citar a Popper (34), al referirse que el conocimiento científico no tiene nada de absoluto y que la estructura de sus teorías se eleva sobre un terreno pantanoso. Al parecer los representantes de los marcos olvidan lo anterior y más bien se preocupan por dar a sus propuestas un sentido paradigmático, hablando en palabras Kuhnianas, mismo que los haga afirmativos, verificables, "científicamente aceptables" y por supuesto irrefutables; como es común, es posible que se considere erróneamente que lo irrefutable es la mejor manera de construir el conocimiento, por lo tanto difícilmente se da validez al hecho de la falsabilidad de los enunciados hipotéticos (35-38).

Luego entonces, no es fácil entender si las confirmaciones o verificaciones que se hacen alrededor de las hipótesis y variables de cada marco son efectivamente el resultado de predicciones riesgosas, es decir que no sólo se basen en la teoría explícita de cada uno, sino que se puedan confrontar a otras teorías, de manera que se produzcan hallazgos incompatibles y de refutación. Al respecto, hay que considerar que todo marco teórico que no es refutable por ningún suceso concebible no es científico, por lo que la irrefutabilidad no es virtud de una teoría (como comunmente se cree), sino un vicio.

Sobre el carácter de propuesta disciplinaria, al parecer cumple con todos sus requisitos de acuerdo a la definición dada en este ensayo. Sin embargo el hecho de que ningún marco aborda de manera equitativa los objetos de estudio fundamentales de la salud pública, pudiéramos decir que, si se les da el calificativo de propuestas disciplinarias, habría que agregar el adjetivo de "parciales", a menos que en su desarrollo posterior el marco de que se trate incluya como perspectivas de análisis: las condiciones (salud-enfermedad) y la respuesta social organizada bajo niveles de análisis similares.

Tomando en cuenta las variables de análisis incluidas en cada marco, es interesante observar que cada uno incluye variables complementarias o de continuidad cronológica a los marcos anteriores a su época de acuerdo al avance de los "paradigmas científicos" por lo que no es tan casual que el marco

sociomédico neoconservador incluya a la mayoría de las variables que se plantearon en marcos que le precedieron.

En relación a la variación de resultados y hallazgos en conflicto, para fines de este ensayo que más bien fue de carácter exploratorio y no de prueba de hipótesis, se debe aclarar que la discusión se abordó mediante el análisis de las variables incluidas y no propiamente sobre los hallazgos. Analizando los marcos sanitarista, higienista-preventivo, biomédico, epidemiológicos, ecológico y sociomédico neoconservador, no hay conflictos aparentes intermodelos, más bien se observa que las variables incluidas son complementarias y no salen de cierto "juego científico" con tendencias muy claras a validar una práctica dirigida a que prevalezca el status quo. Si existe algún conflicto, este se da en la manera que cada autor enfoca su análisis y en el peso que se asigna a cada variable determinante de cada propuesta. Incluso me atrevería a decir que hay marcos que además de no entrar en conflicto son hasta cierto punto repetitivos, tal es el caso de los marcos sanitarista y ecológico, donde sus variables de análisis macro son prácticamente idénticas. El conflicto intermarcos sí aparece cuando confrontamos las variables de los modelos incluidos en el párrafo anterior con las del marco sociomédico materialismo-histórico. Es decir que cuando hablamos de dimensión histórica, clase social, desgaste, reproducción de la fuerza de trabajo y producción del individuo como determinantes explicativos del proceso Salud-Enfermedad, aparece el conflicto con las determinantes de las otras propuestas.

Finalmente, además de todo lo dicho, es necesario resaltar las siguientes conclusiones que den el cierre al presente ensayo:

Si bien es cierto el desarrollo de estos marcos ha dado avances importantes en el entendimiento de los objetos de estudio de la salud pública, limitándose fundamentalmente al estudio de las condiciones, centrándose más en la enfermedad que en la salud y descuidando el abordaje de la respuesta social, también es cierto que es cuestionable hasta qué punto los marcos revisados contienen lo que comúnmente se denomina "sesgo convencional", es decir si en algún momento, en el caso de que algunas teorías propuestas fueron genuinamente testables, al encontrarse falsas siguen contando con el sostén de sus "admiradores", induciendo algún supuesto auxiliar ad-hoc o reinterpretando la teoría de manera que escape a su refutación.

El conflicto de hallazgos-variables intermodelos, así como el carácter de "quasi-modelo", "quasi-paradigma" o "quasi-propuesta disciplinaria" dis-

cutidos en este trabajo, causan un desequilibrio de gran importancia en la construcción de teorías y conceptos. Ello debería tomarse como punto de partida para abordar el desarrollo de un modelo teórico-integral-operativo, que permita abatir la fragmentación del conocimiento observada en la confrontación de los marcos revisados, al mismo que retome y replantee la explicación de los determinantes y condicionantes de los objetos de estudio de la salud pública. Después de todo, como Piaget lo sugiere, la construcción, avance y progreso del conocimiento debe surgir de los desequilibrios y conflictos que se dan en cada fase de su desarrollo.

Bajo la lógica del análisis y reflexión de este ensayo restaría concluir que en un sentido estricto, los marcos revisados, no deberían referirse como modelos ó paradigmas, más bien serían propuestas disciplinarias de carácter parcial ya que ninguno aborda en su totalidad los objetos de estudio de la salud pública. Tomando en cuenta lo anterior, quedan como punto de reflexión los siguientes cuestionamientos:

¿Los contenidos teórico-metodológicos-hipotéticos de los marcos revisados, son realmente significativos para el abordaje de las condiciones y las respuestas?

¿Los marcos explicativos que se han desarrollado hasta que punto ayudan u obstaculizan, tanto el avance del conocimiento sobre los determinantes y condicionantes del proceso salud enfermedad, como el entendimiento y forma en que se da la respuesta social? Ω

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bachelard G. "La formación del espíritu científico", Ed. Siglo XXI. 1979, pp. 133-149.
2. Frenk J. "La nueva salud pública"; INSP: Cinco años de vida 1987-1991. Cuernavaca: INSP, 1992:17-36.
3. Terris M. The distinction between public health and community/social/preventive medicine", *Jou of Pub Health Policy*, 1985, 6(4):435-439.
4. Frenk J. et al. Elementos para una teoría de la transición en salud". *Sal. Pub. de Méx.* 1991, 33:448-462.
5. Yurén Camarena M. *Leyes, teorías y modelos*. México: Trillas, 1978. Caps. 2 y 3:31-70.
6. Kuhn TS. *Segundas reflexiones acerca de los paradigmas en: Suppe F. (ed). La estructura de las Teorías Científicas*. España: Editora Nacional, 509-533.
7. Arredondo A. et al, 1992. "Aportes de las ciencias sociales para el análisis de la Morbi-mortalidad", *Rev. Méx. de Educ. Méd. (en dictámen)*. Mayo 1992. 7a. Scurati Cesare. "Interdisciplinaridad y didáctica: fundamentos, perspectivas y realizaciones". Ed.

- Adara, España 1984. pp. 35-48.
8. Leavell H. and Clark. 1953, "Epidemiology and multicausal", Textbook of preventive medicine. Mc Graw Hill. N.Y., pp. 19-33.
 9. Noble S., 1988. "A multicausal solution?". Hidden Arguments-New Brunswick, Rutgers University Press. USA, pp. 52-82.
 10. Walsh DC et al. "Health promotion vs. health protection?; Journal of Public Health Policy-1991; verano, 148-164.
 11. Fuocoult M "Incorporación del hospital en la tecnología moderna", Educación Médica y Salud 1978, 12(1):20-35.
 12. Pasteur L. 1946. "Memorias de Luis Pasteur". Conmemoración del bicentenario de la muerte de Pasteur. Sociedad Mexicana de Historia Natural. México, pp. 82-85.
 13. Piña B. 1990. "Modelos de explicación sobre la determinación del proceso Salud-Enfermedad". Factores de riesgo en la comunidad; UNAM, Tomo I, México, pp. 15-22.
 14. San Martín H. Funciones de la medicina social y la salubridad. El ambiente y la salud, en: Salud y Enfermedad. México, D.F. La Prensa Médica Mexicana, 1975; cap. 6:37-40, 113-117.
 15. Arredondo A. "Análisis y reflexión sobre modelos explicativos del proceso salud-enfermedad". Rev. Mex. de Educación Médica, 1991; Vol. 3(2) pp. 37-44.
 16. Susser M. "The scope of epidemiology: The evolution of concepts in epidemiology", en: Susser M. Causal thinking in the health sciences. NY, Oxford Un. Press, 1973, cap. 1 y 2, pp. 3-25.
 17. MacMahon B. y Pugh T. 1975. Principios y métodos de epidemiología. Prensa Médica Mexicana, 2da. ed. pp. 15-25.
 18. Lilienfeld A.M. y Lilienfeld D.E. Laying the foundations: The epidemiology approach to disease. Foundations of epidemiology (2 ed.) NY, Oxford Univ. Press, 1980, cap. 1:3-22.
 19. Susser M. 1972. "Agent, Host and Environment as an ecological system". Causal Thinking in the Health Sciences. Oxford Univ. Press. pp. 26-40.
 20. Dubos R. "El medio y la enfermedad". El espejismo de la salud. Utopías, progreso y cambio biológico. México. FCE, 1975; cap. 3:26-47.
 21. Mckewon, T. "Evolution of health concept" en: The roles of medicine: Dream, Mirage or Nemesis. Princeton Univ. Press, 1979. Chap. I:3-11.
 22. Illsey R. "Social structure and health" en: Illsley R. Professional or public health? Sociology in health and medicine. The Rock Carling Fellowship, 1980; Chap. 2:11-43.
 23. Reeder L., Social epidemiology: an appraisal. En: Jaco G.E. (ed), Patients, Physicians and Illness. A Sourcebook in Behavioral Science and Health. New York.
 24. Cassel J. Psychological processes and "stress". Theoretical formulation. International Journal of Health Services 1974, vol. 4(3):471-482.
 25. Breilh J. y Granda E. 1988. "Investigación en salud en la sociedad": guía pedagógica sobre un nuevo enfoque del método epidemiológico. Quito, Ediciones C.E.A.S., Ecuador, pp. 16-28.
 26. Laurell C. 1985. "El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina". Ponencia presentada en el coloquio. La Santé en Amérique Latine réalité socio politique et projets des soins primaires". AMALC. Montreal, Canadá, pp. 1-16.
 27. Bloch C. et al, 1985. "El proceso salud-enfermedad en el primer año de vida. Estudio de una cohorte, Rosario (Argentina), 1981-1982 (Primera Parte). Cuad. Méd. Soc., Argentina, N° 32, pp. 5-19.
 28. Terris M., 1975. "Approaches to an epidemiology of health". American Journal of Public Health, N° 65, pp. 1.037-1.045.
 29. Waitzkin H. "A marxist view of medical care". Annals of internal medicine, 1978, 89:264-278.
 30. Frenk J. Salud, educación y medicina: expectativas y limitaciones. Ciencia y Desarrollo 1979, N° 26, pp. 133-138.
 31. Lewis A. Health as a social concept. British Journal of Sociology. 1953, N° 4, pp. 109-124.
 32. Pearlin L.I. Structure and Meaning in Medical Sociology. Journal of Health and Social Behaviour, 1992, N° 33, pp. 1-19.
 33. Martínez Cortés F. El paradigma biopsíquico y sociocultural. Rev. de la Facultad de Medicina. UNAM 1989. N° 32(3) pp. 114-117.
 34. Popper K. "Sobre el problema de una teoría del método científico", en: La lógica de la investigación científica. España, tecnos, 1985, pp. 27-106.
 35. Moore D. "Statistics concepts and controversies". NY, Freeman and Co., 1985, pp. 86-90.
 36. Ecberg D.L. y Hill L. The paradigm concept and sociology: A critical review. Ame Socio Rev. 1979, N° 44(6), pp. 925-937.
 37. Rosenberg Ch. "Sisease in story: Frames and framers". The Milbank Quarterly 1989; 67(supl. 1), pp. 1-15. -Ω-