

Modelos y conceptos en Salud Pública y Sistemas de Salud: hacia una perspectiva transdisciplinaria

Frameworks and concepts in public health and health systems: developing a transdisciplinary perspective

Armando Arredondo López¹

Resumen

Con el propósito de contribuir al desarrollo de un enfoque transdisciplinario en salud pública y sistemas de salud, en este ensayo se hace un análisis crítico y reflexivo sobre diferentes marcos teórico-conceptuales que se han desarrollado en diferentes espacios disciplinarios del quehacer académico de la salud 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 estructural funcionalista. 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/principales representantes y su potencial para un desarrollo transdisciplinario. Asimismo se parte de la premisa de que el principal objeto de estudio para las acciones de protección social y salud pública, está constituido por las condiciones de salud-enfermedad que presenta cada conjunto poblacional y por la manera en que se organiza cada sociedad para dar respuesta a tales condiciones.

Palabras clave: modelos en salud pública, sistemas de salud, transdisciplinariedad.

Abstract

The main objective of this paper is to contribute the promotion and development of the transdisciplinary perspective in public health and health systems. The article includes a review and critical reflexive analysis on different frameworks developed for the study of public health and health systems in all countries. It includes de following approaches: sanitary, biomedical, classical epidemiological, hygienist-preventive, ecologist, social epidemiological, historical-materialism sociomedical, and conservative sociomedical. For each one the review includes: perspective of analysis, hypothesis, labels, advantages, limits, era, representatives, and transdisciplinary potential. All proposals consider that the main objective of analysis to social protection on health and public health are the health diseases conditions and the way that each social group organize the resources in order to response their health needs.

Key words: frameworks in public health, health systems, transdisciplinarity.

Recibido el 10 de septiembre de 2008. Aceptado el 26 de febrero de 2009

¹ Investigador Titular, Instituto Nacional de Salud Pública. Profesor Visitante en Estancia Sabática en la Universidad Autónoma de Yucatán. Correspondencia a: aarredon@insp.mx

INTRODUCCIÓN

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 y los sistemas de salud. Tales marcos, han jugado un rol relevante para el abordaje de los principales objetos de análisis de la protección social y 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 abordaje exploratorio, de carácter analítico y reflexivo para delimitar si los marcos conceptuales incluidos en la revisión son modelos teóricos, paradigmas o propuestas que permitan transitar hacia una perspectiva integral para contribuir en el desarrollo de un enfoque transdisciplinario en el estudio de la salud pública y los sistemas de salud. Además de incluir una breve discusión teórica de estos conceptos, se determina 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, para plantear elementos que permitan el mayor avance de un enfoque transdisciplinario, se mencionan algunas premisas y enunciados clave del propio enfoque, así como parte de los principales retos que implicaría la operacionalización de un enfoque transdisciplinario partiendo del análisis de diferentes disciplinas y modelos para el abordaje y resolución de los problemas de salud pública. En este sentido, es importante resaltar que el propósito central de este ensayo es revisar y reflexionar respecto a los principales componentes de diferentes modelos en salud pública para avanzar en el desarrollo de un enfoque transdisciplinario en sistemas de salud.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La diversidad de marcos teóricos y disciplinas involucradas en el análisis de los dos objetos de estudio de la salud pública y los sistemas de salud, 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 pre-burguesa, 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 práctico (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, y donde pocas veces sus seguidores, sean investigadores, profesores, alumnos de postgrado 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 diaria y de la formación de futuras generaciones.

Para fines de este ensayo, se plantea abordar la problemática mencionada, 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 y determinantes, en las actividades de docencia, de investigación y de servicios en salud pública y sistemas de salud en América Latina.

Dicho lo anterior, a pesar de que resulta aparentemente sencillo establecer acciones de salud pública y

sistemas de salud, 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 abordar la discusión teórica co-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, cuatro 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”
- 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-explicativo 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 o ayuden a entender la determinación tanto de las condiciones, como de la respuesta social.

CONSIDERACIONES CONCEPTUALES

El objetivo de los párrafos siguientes es resaltar algunas consideraciones que presentan los conceptos utilizados en este ensayo. Se tratará de hacer una delimitación conceptual, del uso que se dará a cada uno de los términos contemplados, a saber: salud pública, sistema de salud, modelo, paradigma y propuesta transdisciplinaria.

Salud Pública

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 algunos autores lo refieren, 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.

Sistema de Salud

La definición resumida de sistema de salud se puede plantear de la siguiente forma: Un sistema de salud es el conjunto de elementos –recursos (físicos, materiales y financieros), personas/actores sociales e instituciones- que se encuentran vinculados y que se organizan socialmente de manera coordinada e integrada para producir y distribuir y consumir servicios personales y no personales de salud en respuesta a necesidades de salud de grupos sociales (5). Para fines de análisis de este ensayo es importante resaltar que el sistema de salud está estrechamente relacionado con la respuesta social que se estructura desde una o varias instituciones de atención a la salud para responder demandas específicas.

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 un 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 (6).

Paradigma

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 ó por un equipo de trabajo: el otro aísla una clase de cometidos particularmente importante y de este modo, es un subconjunto del primero. En este caso, el termino “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 y enfoque transdisciplinario

El caso de propuesta disciplinaria, tiene similitud con el 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 concepto 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, teóricos, metodológicos), reglas y cultura académica, que se integran en diferentes niveles de aproximación para abordar un mismo objeto de estudio (8).

Por su parte el enfoque transdisciplinario implica el abordaje del mismo objeto de estudio desde diferentes disciplinas pero bajo un mismo eje problemático y con la participación activa de todos los actores involucrados (investigadores, decidores, usuarios, población, etc.). Es decir que mientras que cada disciplina involucrada en el abordaje de un problema de estudio analiza una parte del problema y posteriormente se integra con otras partes del problema que abordan otras disciplinas para terminar integrando el análisis del problema como un todo. Es importante resaltar que el abordaje de salud pública y sistemas de salud plantea la participación de todos los actores involucrados (investigadores, decidores, prestadores de servicios, usuarios, líderes comunitarios, etc.), esto es justamente el enfoque transdisciplinario (9). Cuando investigadores de varias disciplinas le dan participación tanto a los individuos de la comunidad que estudian como a quienes toman las decisiones,

se puede decir que operan dentro de un esquema transdisciplinario. Los científicos que usan el enfoque transdisciplinario envían una señal clara de que van a considerar los diferentes aspectos del problema, dando activa participación en su trabajo a la población local, así como a quienes toman las decisiones. Varios elementos podemos resaltar para tratar de aplicar los diferentes modelos en salud y sistemas de salud hacia un enfoque transdisciplinario:

- La transdisciplinariedad, concierne, como lo indica el prefijo “trans”, a lo que simultáneamente es entre las disciplinas a través de las diferentes disciplinas y más allá de toda disciplina. Su finalidad es la comprensión del mundo presente. La perspectiva transdisciplinaria es un enfoque incipiente aún, y empieza a desarrollarse con mucha fuerza a partir del año dos mil, nace como una respuesta a la necesidad de superar los abordajes multi (varias disciplinas objetivos diferentes de un mismo problema) e interdisciplinario (diferentes disciplinas un mismo objetivo de un mismo problema) de la investigación en temas de desarrollo.
- Lo transdisciplinario supone un proceso de comunicación, consenso y validación, de interacción con otros grupos, que no necesariamente son profesionales y/o especialistas en el tema. Se involucra de manera más activa, en este proceso, entre todos los actores: profesionales, usuarios de servicios de salud, líderes comunitarios, autoridades y otros. También entendida como un proceso de autoformación e investigación que se oriente en la complejidad real de cada contexto, superando los límites del conocimiento disciplinario de modo que la investigación y la recreación de alternativas y soluciones sean definidas indistintamente de su conocimiento específico y metodológico.
- En discurso, parecería todavía simple abordar este nuevo enfoque, pero en la práctica es bastante complejo por el tiempo y los acuerdos y consensos a los que se deben llegar con todos los actores (profesionales y actores locales) para realizar una buena investigación que busque la sostenibilidad de la misma.
- La transdisciplinariedad en políticas sociales y salud, investiga problemas de desarrollo en búsqueda de ese desarrollo sostenible. La comunicación social debe ser parte activa de ese equipo técnico y de actores locales, en la búsqueda de nuevos significados (teorías y métodos) para generar

mejores condiciones de vida en las comunidades involucradas.

- El procedimiento para aplicar un enfoque transdisciplinario es igual que cualquier investigación convencional. La riqueza de este enfoque consiste en organizar un equipo técnico y de actores locales desde el inicio de la investigación hasta la culminación de la misma. Todos participan desde la elaboración del perfil de investigación, su ejecución hasta la evaluación de la misma. Es decir, la investigación transdisciplinar para el desarrollo es también interdisciplinar y participativa, y debe moverse dentro de un contexto específico, y esto tanto a la hora de identificar los problemas como a la hora de buscar soluciones y ponerlas en práctica.
- Aplicar diferentes teorías, modelos y conceptos para investigar los sistemas de salud desde un enfoque transdisciplinario, trae consigo un conjunto de ventajas: primero, se involucran actores de diferentes disciplinas de estudio; segundo, se involucra a todos los actores involucrados en el problema de estudio; tercero, el actor principal de la investigación no es él o la investigadora o equipo de investigación, sino básicamente la propia comunidad o localidad; cuarto, tiene una base metodológica en la interdisciplinariedad, y de ello la riqueza de enfoques científicos diferentes

con un solo problema, y finalmente, este enfoque busca la articulación cualitativa y cuantitativa para lograr procesos de desarrollo sostenible.

MODELOS/MARCOS CONCEPTUALES EN SALUD PÚBLICA

El análisis de marcos conceptuales en salud pública considerados para este ensayo incluye ocho marcos propuestos a saber: higienista-preventivo (10-12), biomédico (13-15), sanitarista (16-17), epidemiológico clásico (18-20), ecologista (21-23) epidemiológico social (24-26), socio médico materialismo-histórico (27-31) y socio médico estructural-funcionalista (32-35). 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 bibliografía de artículos representativos de cada marco, se trató de delimitar la perspectiva de análisis, las hipótesis de trabajo, variables, aportes básicos, limitaciones operacionales, época, representantes y potencial transdisciplinario; elementos que se plantean explícitamente en el en las diapositivas anexas para cada uno de los marcos (ver figura 1).

Figura 1:
Características distintivas de los diferentes modelos en Salud Pública

MODELO CONCEPTUAL	PERSPECTIVA DE ANÁLISIS	HIPÓTESIS	VARIABLES	APORTES	LIMITACIONES	ÉPOCA Y REPRESENTANTES	TRANS-DISCIPLINARIO
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 tienen 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 determinan 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	Potencial Transdisciplinario (PT) Medio: los programas de salud desde este modelo permiten una amplia participación social en salud
Biomédico	Enfermedad	La enfermedad es la respuesta a la presencia activa de agentes externos. Constituye un fenómeno dependiente de un agente causa biológico y de la respuesta del individuo.	- agente casual 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 descifra 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 XX R: Pasteur y Koch.	PT Bajo : Este modelo, generalmente tiende a promover la participación de todos los actores involucrados en salud
Epidemiológico clásico	Enfermedad	La interacción de factores de riesgo individual y grupal bajo cierta red 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.	PT Bajo: Considera el rol de los actores desde el enfoque de riesgo pero con una participación pasiva.
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.	- 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 (70') R: Susser y Dubos.	PT Alto: El análisis de factores ambientales da elementos para un amplio potencial aunque no se ha desarrollado
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 pesos específico para cada factor participante.	Segunda mitad del siglo XX (60') R: Leavell y Clark.	PT Medio: El involucramiento de proveedores y usuarios en acciones de salud presenta una participación regular, sobre todo en servicios públicos.
Epidemiológico Social	Enfermedad	La enfermedad es producto de las condiciones de vida y de trabajo de cada grupo social	- 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 (70') R: Cassel, Antoniovsky Reeder.	PT Medio: Desde este enfoque se desarrollan acciones de salud donde hay un rol mas activo de varios actores.
Sociomédico (material-histórico)	Salud-Enfermedad Respuesta social	El proceso de salud-enfermedad es diferenciable para cada grupo social, dependiendo del contexto histórico, del modo de producción y de la pertenencia de clase.	- 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 las relaciones de explotación	El hecho de que todos los factores determinantes permean 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 (70') R: Belinger, Waitzkin, Laurell, Breih y Navarro.	PT Medio: El componente social de este enfoque permite involucrar de manera activa profesionistas y académicos pero con poco margen para la participación de políticos, directivos, usuarios y proveedores
Sociomédico (estructural-funcionalista)	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.	- determinan-tes básicos - determinan-tes estructura-les - determinan-tes próximos - estado de salud	Contemplan 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 desagrega 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 (80' y 90') R: White, Frenk, Pearlín y Lewis.	PT Alto: Desde este enfoque se promueve una amplia y activa participación de todos los actores involucrados en salud (profesionistas, proveedores, usuarios, directivos, políticos, etc); sobre todo en países con reformas en salud

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Partiendo de los principales objetos de estudio de la salud pública 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 socio médicos, ninguno de ellos aborda el análisis de la respuesta social como objeto de estudio fundamental para la salud pública, incluso los mismos marcos socio médicos 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 de salud.

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 socio médicos).

En este sentido, podemos decir que el abordaje fragmentado en la construcción del conocimiento en salud pública y sistemas de salud 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 de salud sin incluir el análisis de la respuesta social organizada. De entrada, lo anterior plantea las dificultades de un abordaje integral que aporte para el desarrollo de un enfoque transdisciplinario.

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, en la mayoría de los casos, 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 falsear 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 un limitante para el progreso del conocimiento.

Aquí es necesario citar a Popper (36), 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 (37-40).

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 comúnmente 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.

Aunque ciertamente se presentan diferentes dificultades y niveles de análisis para hablar de un enfoque estrictamente transdisciplinario, las diferentes disciplinas involucradas en cada marco conceptual presentan algunas propuestas para el desarrollo de un enfoque transdisciplinario. En efecto, el concepto de salud pública como un ámbito de acción donde participa la comunidad organizada, o al menos debería participar incluyendo a los decisores, proveedores y usuarios de servicios de salud, está implícito o explícito en varios de los modelos revisados, particularmente en los modelos sociomédicos, sanitarista e higienista-preventivo.

Finalmente, es necesario resaltar las siguientes conclusiones que den cierre al presente ensayo:

- Si bien es cierto que el desarrollo de los diferentes modelos revisados ha dado avances importantes en el entendimiento de los objetos de estudio de la salud pública y los sistemas de salud, 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 sí en algún momento, en el caso de que algunas teorías propuestas fueron genuinamente testables, al encontrarse falsas siguen contando con el sostén de sus “promotores/admiradores”, induciendo algún supuesto auxiliar ad-hoc o reinterpretando la teoría de manera que escape a su refutación.
- El conflicto de hallazgos- variables ínter modelos, así como el carácter de “quasi modelo”, “quasi-paradigma” o “quasi- propuesta disciplinaria”, discutidos en este ensayo, causan un desequilibrio de gran importancia en la construcción de teorías y conceptos y sobre todo en el desarrollo de un enfoque transdisciplinario que permita la participación activa de todos los actores involucrados. 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 tiempo que retome y replantee la explicación de los determinantes y condicionantes de los objetos de estudio de la salud pública y los sistemas de salud como ejes problema de la protección social.

En lo referente al camino para transitar hacia un enfoque transdisciplinario en el ámbito de la salud podemos resaltar diferentes enunciados y retos que podrían contribuir para el avance de un enfoque transdisciplinario en salud y que algunos de ellos ya han sido citados por otros autores (41).

Si los problemas en salud pública y sistemas de salud se pueden enunciar en forma de interrogantes que puedan tratarse desde diferentes modelos teórico-prácticos, las comunidades podrán expresar su rol activo y lo que esperan de los científicos y de quienes toman las decisiones. Esto a su vez conduce a soluciones “socialmente fuertes”; éstos son sólo dos de los muchos beneficios potenciales del enfoque transdisciplinario.

- La transdisciplinariedad implica que participen no sólo los científicos, sino los representantes de la comunidad y otros actores que, fuera de disponer de un conocimiento particular del problema, tienen también un papel y un interés en su solución. Tales “no científicos” pertenecen con frecuencia a las ONG o a las agencias del gobierno. El enfoque transdisciplinario les da el derecho de ser oídos y por tanto de compartir sus experiencias, conocimientos y expectativas.
- El enfoque transdisciplinario permite capacitar a los investigadores de diferentes disciplinas aplicadas a salud para desarrollar una perspectiva integral, mientras conservan la riqueza y la fuerza de sus respectivas áreas de conocimiento, tal es el caso de los modelos revisados. Adoptando este enfoque desde el principio de un estudio, el equipo de investigación evita llevar a cabo estudios paralelos cuyos resultados se integrarían sólo al final. La integración del conocimiento y la adopción de un lenguaje común se realiza desde que se está definiendo el problema –éste es el corazón del enfoque transdisciplinario. Este enfoque, trata de romper fronteras disciplinarias

y articular ciencias y conocimientos de diferentes modelos teóricos para resolver los problemas de la sociedad de una manera más integral y participativa.

- El enfoque transdisciplinario es complementario al enfoque interdisciplinario, ya que hace emerger de la confrontación de las disciplinas nuevos datos que los articulan entre sí, y ofrece una visión de la investigación más ligada a la realidad socio-cultural de los usuarios de servicios de salud. La transdisciplinariedad no busca el dominio de muchas disciplinas, sino la apertura de todas las disciplinas. Los enfoques de investigación transdisciplinar en salud deben ser un nuevo desafío en la investigación aplicada a la salud, y más aún en el desarrollo de los nuevos sistemas de protección social en salud.
- La disciplinariedad, la multidisciplinariedad, la interdisciplinariedad y, ahora, la transdisciplinariedad son las cuatro flechas de un solo y mismo arco: el del conocimiento aplicado en acción comunitaria. Por lo tanto, la búsqueda y desarrollo de nuevos enfoques de investigación, siempre es y será un desafío. Es desafiante la conformación de un equipo y la organización del trabajo de los miembros de disciplinas diferentes para trabajar con decisores, usuarios y líderes comunitarios. Salirse del marco de su disciplina requiere una gran capacidad de síntesis, así como sensibilidad a las fortalezas y limitaciones de los otros. Para que el enfoque transdisciplinario tenga éxito se requiere definir un protocolo de investigación con elementos conceptuales de todas las disciplinas relacionadas al problema de estudio y precisar claramente las maneras de integrar a la comunidad en la propia definición del problema.
- El modelo o modelos que utilice cada sistema de salud para el planteamiento de reformas o ajustes en las políticas sanitarias, determinará en gran medida el desarrollo de un enfoque transdisciplinario, a partir de líneas de acción por problemas específicos de salud con una participación activa de todos los actores sociales involucrados en el ámbito de la salud: Académicos, profesionistas, proveedores, usuarios, directivos, políticos, líderes comunitarios, etc.

Finalmente es necesario enfatizar que el desarrollo del potencial transdisciplinario de cada modelo revisado dependerá del abordaje que realice cada grupo de investigadores en relación a: el planteamiento

del problema de estudio, la metodología utilizada, la generación e interpretación de resultados, la utilización de tales resultados en la resolución del problema y la participación de todos los actores sociales involucrados en el problema bajo estudio.

Referencias

1. Bachelard G. "La formación del espíritu científico", Ed. Siglo XXI. 1999, 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*, *Journal 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 Mex.* 1991, 33:448-462.
5. Arredondo A., Orozco e. Cuadra M. y Cicero M. *Temas selectos en sistemas de salud. Universidad Autónoma de Yucatán. Mérida, México.* 2008. Cap 1 y 2: 7-36.
6. Kuhn TS. *Segundas reflexiones acerca de los paradigmas en Suppe F. (ed). La estructura de las Teorías Científicas. España: Editora Nacional, 1985: 509-533.*
7. Arredondo A. et al, 2007. "Aportes de las ciencias sociales para el análisis de la Morbi-mortalidad", *Cuad med Soc de Chile*, 2007.
8. Scurati Cesare. "Interdisciplinariedad y didáctica: fundamentos, perspectivas y realizaciones". Ed. Adara, España 2004. pp. 35-48.
9. Lebel Jean. 2005. *Salud, un enfoque ecosistémico. El enfoque transdisciplinario. Internacional Development Research Centre. Ottawa, Canadá.* pp 10-26.
10. Leavell H. and Clark. 1953, "Epidemiology and multicausal", *Textbook of preventive medicine. Mc Graw Hill. N.Y.,* pp. 19-33.
11. Noble S., 2008. "A multicausal solution?". *Hidden Arguments-New Brunswick, Rutgers University Press. USA,* pp. 52-82.
12. Walsh DC et al, "Health promotion vs. Health protection?"; *Journal of Public Health Policy*-2001; verano, 148-164.
13. Fuocoault M "Incorporación del Hospital en la Tecnología Moderna", *Educación Médica y Salud* 1978, 12(1):20-35.
14. Pasteur L. 1946. "Memorias de Luis Pasteur". *Conmemoración del bicentenario de la muerte de Pasteur. Sociedad Mexicana de Historia Natural. México,* pp. 82-85.
15. 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.
16. 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.*

17. Arredondo A. "Análisis y Reflexión sobre Modelos Explicativos del proceso salud-enfermedad". *Rev. Mex. de Educación Médica*, 1991; Vol. 3(2) pp. 37-44.
18. Susser M. 2003. "The scope of epidemiology: The evolution of Concepts in epidemiology", en: Susser M. *causal thinking in the health sciences*. N.Y. Oxford Univ. Press. pp. 26-40.
19. MacMahon B. y Pugh T. 1975. *Principios y métodos de epidemiología*. Prensa Médica Mexicana. 2da.ed. pp. 15-25.
20. Lilienfeld A.M. y Lilienfeld D.E. 1990. *Laying the foundations: The epidemiology approach disease. Foundations of epidemiology* (2 ed.) NY, Oxford Univ. Press, cap. 1:3-22.
21. Susser M. 1972 "Agent, Host and Environment as an ecological system". *Causal Thinking in the health Sciences*. Oxford Univ. Press. Pp.26-40.
22. Dubos R. "El medio y la enfermedad". 1975. *El espejismo de la salud. Utopías, progreso y cambio biológico*. México. FCE, 1975, Cap. 3:26-47.
23. Mckewon, T.1979. "Evolution of health concept" en: *The roles of medicine: Dream, Mirage or Nemesis*, Princeton Univ. Press, 1979. Chap. 1:3-11.
24. Msey R. 2000. "Social structure and health" en: *Illsley R. Professional or public health? Sociology in health and medicine. The Rock Carling Fellowship*; Chap. 2:11-43.
25. Reeder L., 2005. *Social epidemiology: an appraisal*. En: *Jaco G.E. (ed), Parents, Physicians and Mness. A Sourcebook in Behavioral Science and Health*. New York.
26. Cassel J. 1974. *Psychological processes and "stress", Theoretical formulation*. *International Journal of Health Services* 1974, vol. 4(3):471-482.
27. Breilh J. y Granda E. 2001. "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.
28. Laurell C. 1995. "El estudio social del proceso salud-enfermedad en America Latina". Ponencia presentada en el coloquio. *La Santé en Amerique Latine realité socio politique et projets des soins primaires*". AMALC. Montreal, Canadá, pp.1-16.
29. Bloch C. et al; 1985, "El proceso salud-enfermedad en el primer año de vida. Estudio de una cohorte, Rosario (Argentina), No. 32, pp. 5-19.
30. Terris M., 1975. " Approaches to an epidemiology of health" *American Journal of Public Health*, No. 65, pp. 1.037-1.045.
31. Waitzkin H. " A Marxist view of medical care" *Annals of internal medicine*, 1978, 89: 264-278
32. Frenk J. 1979. *Salud, educación y medicina: expectativas y limitaciones*. *Ciencia y Desarrollo* 1979, N° 26, pp. 133-138.
33. Lewis A. 1953. *Health as a social concept*. *British Journal of Sociology*. 1953, N° 4, pp.109-124.
34. Pearlin L.I. 1992. *Structure and Meaning in Medical Sociology*. *Journal of Health and Social Behavior*, 1992, N° 33, pp. 1-19.
35. Martínez Cortés F. 1989. *El paradigma biopsíquico y sociocultural*. *Rev. de la facultad de Medicina*. UNAM –México. 1989. N° 32 (3) pp. 114-117.
36. Popper K. 1985. " Sobre el problema de una teoría del método científico", en: *La lógica de investigación científica*. España, Tecnos, 1985, pp. 27-109.
37. Moore D. 2005. "Statistics concepts and controversies". NY, Freeman and Co. ed., pp. 86-90.
38. Ecberg D.L. y Hill L. 1979. *The paradigm concept and sociology: A critical review*. *Ame Socio Rev*. 1979, N° 44(6), pp. 925-937.
39. Rosenberg Ch. 1989. "Disease in story: Frames and framers". *The Milbank Quarterly* 1989; 67 (supl. 1), pp. 1-15.
40. Arredondo A. et al, *Lineamientos para el desarrollo de protocolos de investigación en sistemas de salud*. *Rev Horizonte Sanitario*, Vol 6, 2007.
41. Lebel Jean. 2005. *Op cit.. El enfoque transdisciplinario*. *Internacional Development Research Centre*. Ottawa, Canadá. pp 29-35.