

# Salud y Ciencias Sociales: aportes teórico-metodológicos para la investigación y la enseñanza en Salud Pública

## Health and social sciences: the orethical and methodological contributions for research and teaching in public health

D. Armando Arredondo<sup>1</sup>  
Emanuel Orozco<sup>2</sup>

### Resumen

Con el propósito de avanzar en el desarrollo de una perspectiva integral para el estudio de fenómenos asociados a la salud pública, en este artículo se presentan algunos de los principales aportes de las ciencias sociales para el análisis de la salud y la enfermedad. Para ello se plantea un desglose de los elementos teórico-metodológicos que a criterio de los autores podrían considerarse entre los aportes más relevantes de diferentes disciplinas procedentes de las ciencias sociales y que mantienen su relación estrecha con los diferentes enfoques para el estudio de la salud pública: demografía, sociología, antropología y epidemiología. Finalmente, para el avance de la investigación y la enseñanza en salud pública,

se propone una matriz bidimensional, donde cada uno de los elementos teórico-metodológicos podrían integrarse desde diferentes perspectivas y en diversos niveles de análisis alrededor de un mismo objeto de estudio.

*Palabras Clave: perspectiva integral, ciencias sociales, salud pública.*

### Abstract

In order to advance in the development of an integral perspective for the study of public health, this paper shows some of the main contributions from social sciences to the analysis of the health-disease process, as these elements relate to public health: demography, sociology, epidemiology and anthropology. Finally, to advance on training and research in public health, the authors propose a bidimensional matrix show ing how each of the theoretical and methodological elements must be integrated to different levels of analysis of the subject-matter.

*Key Words: integral perspective, social sciences and public health.*

Recibido el 16 de enero, 2007. aceptado el 01 de junio de 2007

1 Instituto Nacional de Salud Pública. México. Av. Universidad 655, Col. Sta. Maria Ahuacatitlán. Cuernavaca, Morelos. CP. 62508. MEXICO. Email: aarredon@insp3.insp.mx

2 Investigador Instituto Nacional de Salud Pública. México

*El Comité editorial, reconociendo los meritos de este articulo, ha decidido publicarlo aun cuando en la experiencia de sus miembros, hay aspectos que deben abordarse teniendo presente ciertos enfoques, complementarios o alternativos, para una mejor comprensión del campo actual de discusión del tema. Así, se considera de importancia recordar:*

- 1. La descripción de las disciplinas involucradas **demografía/ epidemiología, y sociología/ antropología** son 'parejas' naturales cuyas contribuciones a la salud deben resumirse e inter-relacionarse a partir de conceptualizaciones de tronco común. En otras palabras, las delimitaciones disciplinarias no deben mantenerse en función de sus orígenes, sino unirse en función de su objeto focal, esto es, el comportamiento de los distintos actores del sistema de salud.*
- 2. En términos históricos, la aplicación de las ciencias sociales a la salud empieza en la década de los '60, aun si la realidad sociopolítica de América Latina limitó su uso en las décadas siguientes, bajo el imperio de climas políticos totalitarios. Es el caso de Chile, donde el marco socio-económico de los 50-60 potencia el desarrollo de esas disciplinas, las que ven aparecer las contribuciones clásicas de Behm, Viel, Berdichevsky, Romero y muchos otros, a menudo publicadas en estos mismos Cuadernos Médico Sociales.*
- 3. En el contexto de siglo XXI es necesario incorporar a las ciencias sociales y salud, el campo de la llamada 'economía de la salud', la cual ha virtualmente reemplazado con variables de mercadeo, el vasto conglomerado de factores conductuales no-monetarios empleados por la Planificación de la Salud nacida, en contexto latinoamericano, a mediados de los años sesenta, con la metodología OPS/CENDES, bajo la dirección de J. Ahumada y Hernan Duran, entre otros.*
- 4. Las múltiples interacciones del sistema de salud requieren modelización ponderada, -como, a su manera, lo hacen los modelos económicos-, y criterios para así hacerlo, aspectos que no se detallan en el que se presenta en el artículo. Tales criterios, y su ponderación, deben ser explícitos porque traducen el propósito de base de los modelizadores. Sin ellos, los factores indicados son sólo nocionales, sin que puedan ayudar en la toma de decisiones, que es el proceso que justifica la incorporación de las ciencias sociales a la salud.*
- 5. Finalmente, una propuesta de reforma curricular que se consolida en una matriz de relación de **temas con disciplinas** debiera, pedagógicamente, considerar hacerlo entre **temas y niveles de destreza** a adquirir por el educando.*

## INTRODUCCIÓN

En el actual contexto de reformas en salud en el mundo, el desarrollo de las políticas de investigación y de formación de recursos humanos en salud pública, han cobrado alta relevancia en un contexto donde se propone incrementar el capital humano de trabajadores de la salud. El incremento de dicho capital humano implica contar con mayores habilidades y elementos técnicos para tomar decisiones basadas en evidencias científicas.

En efecto, como parte del paradigma científico, la salud pública emerge como ámbito de acción en la producción y financiamiento de servicios de salud, en la investigación de problemas sustantivos de los sistemas de salud, en el estudio del perfil y determinantes epidemiológicos y particularmente como ámbito de acción en la investigación y en la formación de recursos humanos. Para ello requiere de modelos de análisis que permitan abordar sus

objetos de estudio desde diferentes perspectivas. Dichas perspectivas deben proponer un análisis integral y no fragmentado de los problemas y desajustes actuales entre las condiciones de salud y la respuesta social organizada.

A pesar de que resulta aparentemente sencillo establecer acciones en salud pública, y de que su rol en el equilibrio salud-enfermedad-respuesta social organizada nunca ha dejado de considerarse un equilibrio deseable por los distintos actores sociales (consumidores y proveedores de servicios de salud) 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 esta cargado de significados ambiguos, ambigüedad que no es privativa de la definición conceptual, sino que también se refleja en el desarrollo teórico-explicativo de las diferentes propuestas que incluyen un marco de análisis y de abordaje operativo para la salud pública.

Cada una de esas propuestas, explícita o implícitamente, plantean sus propias hipótesis, variables y perspectivas de análisis, bajo la búsqueda de planteamientos científicos, objetivos y operativos que expresan o ayuden a entender, la determinación de los dos objetos de trabajo de la salud pública: las condiciones de salud de un determinado conjunto poblacional y la respuesta social que se organiza alrededor de tales condiciones. Desde la perspectiva de los aportes de las diferentes disciplinas de las ciencias sociales, la sistematización de una visión integral de esta área de conocimiento permitirá trascender el campo estrictamente biomédico o epidemiológico del estudio de las necesidades de los diferentes conjuntos poblacionales. Por otra parte desde las diferentes propuestas y aportes mencionados se apoyará la formación de recursos de pregrado y postgrado para la investigación,

diseño, implementación, planeación y evaluación de sus futuras actividades de liderazgo en salud.

En tal contexto, el presente análisis trata de identificar de manera resumida, no exhaustiva ni categórica, algunos de los aportes más significativos de las ciencias sociales para el estudio de la salud, tanto para el análisis. Para ello, se procedió a la identificación de aportes teórico-metodológicos mediante la realización de búsquedas electrónicas y revisiones documentales en donde se indagó la interacción con la salud pública de disciplinas de las ciencias sociales como la demografía, la sociología, la epidemiología y la antropología.

Este ejercicio se propone fortalecer los espacios de la salud ampliando su perspectiva disciplinaria mediante la incorporación de enfoques que han favorecido la investigación en sistemas de salud. Con ello se espera que los recursos humanos en salud adquieran perspectivas analíticas significativas partiendo de los aportes teórico-metodológicos de las ciencias sociales para analizar y operacionalizar sus conceptos y teorías sobre las condicionantes y determinantes de la de diversos conjuntos poblacionales.

Si bien fue hacia la década de los años 1970 que hubo un desarrollo importante de las ciencias sociales en América Latina, su aplicación a la resolución de problemas de salud y de atención médica hubo de aguardar dos décadas más por cuestiones históricas, políticas y económicas. Se reconoce que en el entorno de esos años, diversas redes de investigación de áreas sociomédicas fueron disueltas por problemas políticos (1). No obstante, los procesos de cambio acontecidos en la región han favorecido un pronto fortalecimiento de la investigación en esta área a partir de la década de los años 1990. A este enfoque se han incorporado perspectivas clásicas que rescatan planteamientos centrales de Marx, Durkheim, Weber y Freud, así como enfoques de vanguardia que incorporan elementos de complejidad al análisis de fenómenos sociales relacionados con la salud pública (2).

La diversidad de modelos, propuesta o paradigmas que se han generado en todo ámbito de las ciencias sociales aplicadas a la salud, es muy amplia, y excede a los propósitos de este ensayo; sin embargo la mención de los modelos previos nos permiten mostrar un haz de luz de la diversidad de propuestas de referencia y de la construcción del conocimiento que se han desarrollado en las Ciencias Sociales. Ello deja ver el problema que implica vincular el abordaje teórico a la praxis del conocimiento; incluso al anterior de las mismas disciplinas se suele abordar el objeto de trabajo de manera fragmentada (3-4).

Pasando a los espacios de la salud pública, el problema no es solamente la construcción fragmentada del conocimiento, sino además como hacer que el personal de salud pueda realmente adquirir conocimientos significativos partiendo de los aportes teórico-metodológicos de las ciencias sociales analizar, discutir, concluir y posteriormente operacionalizar respecto a las condicionantes y determinantes de la mortalidad y morbilidad de los diversos conjuntos poblacionales.

En este sentido, el presente artículo, trata de identificar, de manera no exhaustiva ni categórica, algunos conceptos, métodos o técnicas de significancia para la investigación y la enseñanza en salud. Para ello, la identificación de aportes teórico-metodológicos se basó en una búsqueda electrónica y revisión documental, delimitando el análisis a cuatro disciplinas que han desarrollado aportes relevantes para el avance del conocimiento y formación de recursos humanos en salud pública: demografía, sociología, epidemiología y antropología. A partir de la revisión de tales disciplinas, se desarrolla una propuesta que en diferentes niveles de agregación y análisis, plantea la incorporación de los principales aportes discutidos en la formación de recursos humanos a nivel de pregrado y postgrado en salud pública.

## **APORTES DE LA DEMOGRAFÍA**

Una revisión de la investigación demográfica sobre el análisis de la salud-enfermedad, la salud pública

y sus diferenciales en América Latina, permite planear dos proposiciones generales de aportes conceptuales:

1. El conocimiento de niveles, tendencias, estructura, composición, así como de los altos contrastes de morbilidad y mortalidad y su permanencia en el tiempo, son insuficientes para entender las condiciones de su determinación en grupos poblacionales específicos.
2. La muerte es el resultado de la manera en que se articula social e históricamente el proceso salud-enfermedad, proceso que si bien, tiene características biológicas individuales de acuerdo con reacciones orgánicas y según circunstancias particulares, también se desarrolla socialmente en tanto que lo que le sucede a un individuo no es algo aislado, sino que está determinado de alguna manera y en diversos grados por procesos sociales económicos, históricos y ecológicos.

Los niveles y tendencias se pueden relacionar con otras variables socio-demográficas, que permiten establecer correlaciones ecológicas en diferentes conjuntos poblacionales permiten salir del análisis global para llegar analizar posibles variables que de acuerdo a región geográfica, política o administrativa están relacionadas tanto con los niveles como con las tendencias de salud. De esta manera se llegan a establecer supuestos hipotéticos que dan origen a estudios detallados (5-9).

El desarrollo de tasas específicas e indicadores para el análisis de la mortalidad y la morbilidad, son otro aporte que permite estandarizar los criterios de evaluación tanto de las condiciones de salud como el impacto de la respuesta social organizada.

En lo referente a la estructura por edad y sexo, así como las proyecciones de población (situación actual y cambios esperados en la pirámide poblacional), son la base del desarrollo de los otros tres aspectos mencionados ya que sin ello no se podría llegar al conocimiento de éstos.

Las técnicas de medición indirecta de la mortalidad y conceptos como población estable, relaciones de sobrevivencia, tablas de vida y tasas instantáneas de mortalidad siguen siendo útiles para el análisis de las estructuras de la mortalidad y la morbilidad por sexo y edad. Las proyecciones de estas estructuras han permitido simular escenarios con distintos niveles de la mortalidad, así como evaluar el impacto de distintas estructuras de mortalidad por causas (10).

A partir de los diferentes conceptos, métodos y técnicas que ha desarrollado el análisis demográfico, se pueden delimitar de manera sobresaliente los siguientes aportes:

- a) Diferentes conceptos, métodos y técnicas para el análisis de la estructura de la mortalidad y morbilidad. Estos aportes han tenido impacto significativo en el desarrollo de diferentes modelos de análisis en salud pública. Principalmente el desarrollo de propuestas de modelos de transición epidemiológica que a partir de cambios demográficos permiten analizar y pronosticar el impacto en las condiciones de salud y en el establecimiento de nuevas políticas de sistemas de salud.
- b) Análisis de niveles y tendencias de salud como instrumento de política en el monitoreo de planes y programas de salud a partir de criterios de asignación de recursos en función de niveles y tendencias de la morbi-mortalidad.
- c) Desarrollo metodológico para el análisis de estructura por edad, sexo y características sociodemográficas como indicadores para el análisis de las condiciones de salud. En el proceso de nuevas estrategias de reforma en salud en América Latina se han estado utilizando diferentes indicadores de factores de riesgo que desde una perspectiva demográfica aportan elementos para el diseño de programas de detección oportuna de caso de enfermedades crónico-degenerativas, sobre todo para hipertensión y diabetes.

- d) Proyecciones de población (mortalidad, crecimiento poblacional, etc.). Los modelos de proyección tanto de cambios demográficos como epidemiológicos están permitiendo implementar medidas de planeación estratégica valorando el impacto económico de cambios demográficos-epidemiológicos para tomar decisiones que permitan disminuir la carga económica que implicarían dichos cambios de no implementar ajustes en los actuales programas por daño específico de salud.

## APORTES DE LA SOCIOLOGÍA

En primer término, la delimitación entre la “sociología de la medicina” y la “sociología para la medicina” permite abordar el análisis de la morbi-mortalidad en dos dimensiones, tanto en sus condiciones y determinantes, así como la manera en la que la sociedad se organiza para darle respuesta. Es importante tomar en cuenta que la sociología de la medicina constituye un cuerpo teórico metodológico de tipo descriptivo-analítico-explicativo, que plantea que el conocimiento es aplicado para el estudio de la medicina como una institución social y de la enfermedad como el resultado de una conducta social. Por otra parte, la sociología para la medicina, constituye un cuerpo teórico metodológico de tipo aplicativo-correctivo que plantea que el conocimiento es usado en respuesta a problemas prácticos, donde lo más importante es la prevención y tratamiento de las enfermedades y la distribución de los recursos (11).

Un aporte fundamental de la perspectiva sociológica es el estudio de la construcción social de la enfermedad. Este concepto permite abordar puntos relevantes para un mejor entendimiento de los procesos sociales vinculados a la búsqueda de atención médica. El entendimiento de estos fenómenos surge del análisis de la salud como un fenómeno biopsicosocial, lo que le confiere un nuevo valor derivado de la incorporación de la dimensión sociológica a través de cuatro conceptos fundamentales: la construcción social de la enfermedad, la enfermedad como desviación

social, el iceberg de la enfermedad y la teoría de la estigmatización de los enfermos (12).

El carácter histórico-social en el proceso salud-enfermedad constituye un abordaje relevante como metodología de análisis para estudiar la causalidad de la influencia de variables sociales en los perfiles de mortalidad y morbilidad (13-14). Se plantea que existen una serie de factores sociales asociados con la etiología, respuesta, desarrollo, curación y rehabilitación de las condiciones de salud de todo conjunto poblacional. Lo anterior incluye aspectos individuales (edad, sexo), psicosociales (actitud, conducta), culturales (costumbres, valores), grupales (familias, redes), estructurales (estratos, clase social) y mixtos (estilos de vida) (15).

La definición de dimensiones sociológicas de la enfermedad constituye otro aporte fundamental de la sociología. Partiendo del nivel macro al nivel micro, se plantean cuatro dimensiones: a nivel de la sociedad, de la comunidad, del status social y de la institución (16). Adicionalmente, los factores sociales en búsqueda de ayuda para abatir el daño, así como aspectos relacionados con el proceso de búsqueda y pago directo de la atención son otros aportes de suma consideración (17-20).

Un último aspecto que consideramos como un aporte sociológico importante es el análisis de los roles sociales. Lo importante aquí es tener una perspectiva de cual es el rol que se juega como médico, como institución o como paciente, en el manejo de la enfermedad y la muerte. Para el caso de la sociología, los elementos que se consideran relevantes para el análisis de la salud-enfermedad, se pueden englobar en los siguientes aportes teórico-metodológicos:

a) La construcción social de la enfermedad esta centrada en analizar los cambios relacionados con su experiencia en el entorno social. Ejemplo de ello es el caso de cambios en el significado social de las enfermedades como el tabaquismo que antes de retomar sus determinantes sociales de daños no fue considerado como riesgo y daño a la salud.

- b) El carácter social e histórico en el proceso salud-enfermedad, recupera elementos de los modos de producción en la configuración del perfil epidemiológico. Ejemplo típico son los estudios sobre efectos del desgaste laboral en distintos daños a la salud.
- c) Las correlaciones sociológicas de la enfermedad, en donde se muestra el peso relativo de variables sociológicas como género en el acceso a servicios de salud y como determinante de daños específicos.
- d) Los factores sociales en el proceso de búsqueda de ayuda para abatir mortalidad y morbilidad individual, están ampliamente representados en las acciones que se emprenden para recibir atención médica en función de la percepción del daño, de clase social y de la disponibilidad de los servicios por grupo poblacional.
- e) El análisis de roles sociales de enfermo-sano y de médico, representado en el estudio sistemático de la relación medico-paciente pero llevado a un nivel macro en el análisis sociológico de las organizaciones al momento de estudiar todos los actores involucrados en el bien salud.

Como aporte fundamental, la construcción social de la enfermedad, permite abordar puntos relevantes para un mejor entendimiento de los procesos sociales en torno a la morbi-mortalidad; este entendimiento de los fenómenos surge del análisis de la salud como una nueva concepción de la sociedad de la sociedad contemporánea, asignándole un nuevo valor e incorporando la dimensión sociológica a través de cuatro principios fundamentales: la construcción popular de la enfermedad, la enfermedad como desviación social y la teoría de la etiquetación (12).

El carácter histórico-social en el proceso salud-enfermedad, constituye una herramienta muy importante como metodología de análisis para abordaje de la causalidad tanto en los perfiles de mortalidad como en los de morbilidad (13-14). En efecto, se plantea que existen una serie de factores

sociales asociados con la etiología, respuesta, desarrollo, curación y rehabilitación de las condiciones de salud de todo conjunto poblacional. Lo anterior incluye aspectos: individuales (edad, sexo, etc.), psicosociales (actitud, conducta...), culturales (costumbres, valores,...), grupales (familias, redes,...) estructurales (estratos, clase social,...) y mixtos (estilos de vida), (15).

Las correlaciones sociológicas de la enfermedad, constituyen otro aporte fundamental de la sociología. Partiendo del nivel macro al nivel micro, se plantean cuatro niveles de correlación: a nivel de la sociedad, de la comunidad, del status social y de la institución (16).

Los factores sociales en búsqueda de ayuda para abatir el daño, así como aspectos relacionados con el proceso de búsqueda y pago directo de la atención son aportes de suma consideración (17-20).

Un último aspecto que consideramos como un aporte sociológico importante es el análisis de los roles sociales. Lo importante aquí es tener un punto de vista de cuál es el rol que se juega como médico, como institución o como paciente en la determinación de la enfermedad y la muerte. Por lo tanto, para el caso de la sociología, los elementos más relevantes para el análisis de la salud-enfermedad, se pueden englobar en los siguientes aportes teórico-metodológicos:

- f) La construcción social de la enfermedad
- g) El carácter social e histórico en el proceso salud-enfermedad.
- h) Las correlaciones sociológicas de la enfermedad
- i) Los factores sociales en el proceso de búsqueda de ayuda para abatir mortalidad y morbilidad individual.
- j) El análisis de roles como ente social enfermo-sano y como médico.

## APORTES DE LA EPIDEMIOLOGÍA

Los elementos que ha aportado la epidemiología para el estudio de la salud pública son fundamentalmente metodológicos, centrados en el estudio básicamente de la causalidad, aunque no exclusivamente. La epidemiología moderna ha cambiado el paradigma tradicional descriptivo en tiempo, persona y lugar, por la ocurrencia probabilística de la enfermedad. Su desarrollo en consecuencia se centra en el estudio de la causalidad de la enfermedad, aunado a las aplicaciones de la misma en los servicios de salud, como los estudios sobre utilización de servicios, accesibilidad y calidad de la atención médica, con un enfoque eminentemente epidemiológico. (21-22).

En cuanto a metodología posiblemente dentro sus principales aportes, está la exactitud de los estudios (23-24); de esta manera la epidemiología ha emprendido una cruzada para mejorar la exactitud en dos aparatos básicos: 1) Por un lado la exactitud en la medición tanto de la enfermedad como de las causas que conducen a ella. Inquietud que es compartida con otras disciplinas de las ciencias sociales, pero cuya especificidad se dirige hacia la investigación causal. 2) Por otro lado, la epidemiología ha centrado su atención también en la exactitud la ingerencia causal derivada de la investigación realizada.

La epidemiología contribuye a mejorar la conceptualización de la morbilidad y mortalidad en la población. Técnicas expeditas como es el análisis de años de vida potencialmente perdidos, o bien las propias tablas de vida desarrolladas por la demografía, son modelos recientes que han aportado sustancialmente para el estudio sobre todo de la mortalidad. Junto con la sociología y la antropología, la epidemiología se ha dada a la tarea de estudiar la presencia de las enfermedades en la población, así como detalles cualitativos de la forma de vivir y de morir de los individuos.

En lo relativo al desarrollo metodológico de los diseños epidemiológicos, (casos y controles, ensayo clínico, ensayo comunitario, estudio

transversal, estudio ecológico y estudio de brotes) como se mencionó al principio de esta sección, constituyen una herramienta fundamental para poder estudiar y determinar los diferentes factores de riesgo que se correlacionan en la explicación y determinación del proceso salud-enfermedad (25). Ciertamente, el conocimiento de estos factores, son un elemento indispensable para el análisis de la morbilidad, y en menor medida para la mortalidad, al momento de formular las políticas, planes y programas de salud (26-28).

Luego entonces, podemos delimitar los aportes de la epidemiología, dentro los siguientes puntos:

- a) El estudio de causalidad del proceso salud-enfermedad (salud positiva-salud negativa). El desarrollo de modelos de causalidad fortalece de manera importante las herramientas desarrolladas por el análisis demográfico. Los diferentes programas nacionales de salud han propuesto el desarrollo de programas y servicios de salud que siguiendo la historia natural de la enfermedad se enfocan en sus diferentes fases resaltando tanto aspectos de salud positiva y salud negativa. Esto ha constituido el eje de desarrollo e implementación de las principales estrategias de reforma de la salud en los diferentes países de América Latina.
- b) El desarrollo metodológico de diseños epidemiológicos refortalece el aporte de diferentes modelos de causalidad y han permitido el desarrollo de nuevas evidencias que fortalecen diferentes estrategias y nuevas políticas de prevención y control de daños a la salud mediante la determinación del enfoque de riesgo epidemiológico incluyendo determinantes sociales.
- c) El estudio de la exactitud en la medición y la inferencia de la enfermedad, son sin duda un aporte fundamental para el desarrollo y análisis de la efectividad, eficacia y beneficio de nuevos fármacos, vacunas y terapias dirigidas a la disminución de la morbi-mortalidad en los

diferentes grupos de riesgo en lo general, y en los grupos mas vulnerables en lo particular.

## **APORTES DE LA ANTROPOLOGÍA.**

En el ámbito de las perspectivas sociales sobre el estudio del proceso salud-enfermedad, la especialidad de antropología médica se dirige al estudio de los conceptos, creencias, procesos sociales y prácticas relacionadas con dimensiones culturales de la salud, enfermedad, reproducción, accidentes y manejo de sus secuelas y de la muerte, entre los grupos que integran el conjunto de una sociedad, con predominancia, más no exclusividad, de aquellos que no comparten una cultura global "occidental" (29-30).

La antropología médica trata de explicar la influencia de prácticas culturales como la medicina tradicional en el continuo salud-enfermedad-curación, desde una óptica de ciencia fáctica, tratando de establecer vínculos entre los sucesos y los procesos en un nivel micro. Su objeto de estudio lo constituye el análisis de los sistemas de creencias subyacentes a los sectores médicos no occidentales (aunque algunos pueden presentarse "occidentalizados"), en donde el binomio salud-enfermedad se explica por una relación causa-efecto, resaltando la importancia que tiene la cultura en la etiología de la enfermedad, misma que se define por el contraste entre lo 'normal' y lo 'anormal' (31-32). Dentro del análisis de los fenómenos bioculturales, el punto medular se sitúa en la intersección donde lo cultural y lo fisiológico se tocan, siendo para la antropología la cultura y sus agentes sociales quienes definen la enfermedad más que el nivel de normalidad biológica.

Lo dicho en párrafos anteriores permite identificar la raíz intelectual de los principales aportes metodológicos de la antropología médica, los cuales están encausados a la obtención de datos esencialmente cualitativos obtenidos mediante la observación y la interacción directa con las comunidades bajo estudio. Ello permite analizar culturalmente las expresiones sobre la percepción comunitaria de la salud, enfermedad, accidentes,

reproducción y muerte, así como la respuesta social a estas condiciones (33).

Por otra parte, la etnografía brinda los más importantes recursos metodológicos en esta área del conocimiento. Sus técnicas básicas aplicadas se centran en estancias de campo, donde se aplica la observación (pasiva o participante), la entrevista (estructurada o abierta, masiva o dirigida a informantes claves) y grupos focales (34-35). De esta manera, la antropología médica aplicada es una combinación del trabajo práctico con el de investigación para la construcción del conocimiento, donde los resultados más sobresalientes están dados por las investigaciones de exploración, cuyo objetivo ha sido determinar el estado sociocultural y económico de los habitantes a fin de planear un programa de salud (36-37).

Por último, partiendo del hecho de que la antropología médica propone que su objeto de estudio lo constituyen los procesos y situaciones de salud-enfermedad-atención, sus aportes teóricos-metodológicos (historia de vida, estilo de vida, método etnográfico, etc.) se podrían delimitar a los siguientes:

- a) El análisis de estilos de vida culturalmente determinados como el fumar como expresión de masculinidad en tanto determinante en la morbilidad y la mortalidad
- b) El análisis de dinámicas familiares como la división del trabajo doméstico y su relación con el proceso salud enfermedad
- c) El análisis de los factores culturales de los sistemas de creencias y su relación con la enfermedad y sistemas de salud
- d) El análisis de la percepción de factores individuales y comunitarios determinados culturalmente sobre el estado de salud-enfermedad-sistemas de atención.

## **UNA PROPUESTA TRANSDISCIPLINARIA PARA EL AVANCE EN LA INVESTIGACIÓN Y FORMACIÓN DE RECURSOS EN SALUD PÚBLICA.**

En esta sección desarrollamos una propuesta retomando los principales aportes discutidos para al desarrollo de habilidades técnicas que permitan avanzar de manera más integral en el conocimiento y enseñanza en salud pública. En el cuadro 1 proponemos como herramienta resultante de la revisión de este ensayo, una matriz de análisis que pudiera servir como elemento de discusión, de reflexión, de retroalimentación para cambios sustanciales en el diseño y rediseño curricular de los programas académicos de nivel pregrado, referido a la carrera de Medicina, o bien a nivel de postgrado con diferentes áreas de concentración en salud pública.

La matriz se centra en los programas de formación escolarizada y estructurada. El criterio de clasificación se basa en el nivel de formación de pregrado o postgrado, el tipo de conocimiento de cada área de formación y su vinculación con los aportes planteados en este trabajo, así como con el uso potencial-práctico de aspectos tanto teóricos como metodológicos de cada disciplina en el desarrollo de la investigación en salud pública. Para tal efecto, se constituyeron seis criterios de análisis, a saber: información general, técnicas y procedimientos especializados, análisis y aplicación e innovación.

Los resultados de los niveles diferentes de formación cuando comparamos nivel de pregrado vs. postgrado, evidentemente los niveles de formación en todos los tipos de aportes resultan menores para los recursos humanos de pregrado. Por otra parte es necesario señalar que los programas de maestría que se toman en cuenta en la matriz, constituyen el campo de experiencia de los autores en la formación de recursos humanos de postgrado en salud pública en América Latina.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los recientes cambios en los sistemas de salud del mundo particularmente de América Latina, requieren de niveles de aproximación conceptual y metodológica, que permitan realizar un monitoreo y evaluación permanente, eficiente y pertinente para la generación de más y nuevas evidencias empíricas en salud pública que permitan apoyar la toma de decisiones en el sector salud.

Como ya se señaló en la introducción de éste artículo, actualmente, el desarrollo teórico-metodológico de la salud pública estuvo estrechamente relacionado con la coexistencia de por lo menos dos líneas de pensamiento. En efecto, existe toda una corriente de pensamiento de la salud pública, donde el hilo motor de sus actores es la aplicación de un conocimiento científico y tecnológico que ha sido transmitido en espacios académicos como algo irrefutable a través de generaciones, cuyos partidarios, al igual que la conciencia moderna del quehacer científico, suelen reconocer la divinización del hecho singular aislado como fenómeno concomitante de la especialización y fragmentación interna de las disciplinas científicas, como el triunfo gigantesco de la ciencia. Esto no es más que la “conquista neo-conservadora” de una corriente de pensamiento muy peculiar ante el costo social de renunciar a la realidad como un todo unitario, tanto para su abordaje teórico como operativo.

Existe otra línea de pensamiento que pudiéramos llamar “corriente crítica” y que, a consecuencia de ésta, ha habido otras conquistas intelectuales que van más allá del *status quo* y que se han consolidado como conquistas relevantes que han venido a desequilibrar los planteamientos fundamentales de marcos teóricos estáticos, retomando sus aportes más pertinentes y abatiendo las deficiencias que caracterizan a marcos precedentes. Es así como, han surgido dos nuevos paradigmas teóricos- metodológicos, que las más de las veces si bien es cierto inician moviendo los cimientos de las diferentes disciplinas, también es cierto que terminan depurándolas y consolidándolas,

incluyendo un espíritu integrador para el desarrollo del conocimiento, particularmente en el área de las ciencias sociales aplicadas a la salud.

A partir de los diferentes aportes de las ciencias sociales revisados en este ensayo, la salud pública como objeto de trabajo de ambas líneas de pensamiento ha generado distintas polémicas. En efecto en años recientes ha existido una opinión creciente de que la salud pública como una profesión, como una práctica del saber y como un compromiso de la sociedad, no está ni definida claramente, ni apoyada adecuadamente, ni comprendida completamente. Lo anterior puede aplicarse a cualquier sociedad latinoamericana, a pesar de los tres cuartos de siglo que esta disciplina tiene en el ciclo vital de su aplicación en la docencia, la investigación y los sistemas de salud y muy a pesar de que América Latina ha sido pionera de este movimiento desde sus inicios.

Los acontecimientos recientes en el desarrollo de las diversas disciplinas científicas en el ámbito de la salud, han originado una problemática creciente: la salud pública ha sufrido un progresivo aislamiento, lo mismo de los avances y evidencias científicas, que de los esfuerzos por organizar mejor los sistemas de salud, por capacitar sus recursos humanos y por conocer con más acercamiento las condiciones de salud a las que estos sistemas tratan de satisfacer.

Dado lo anterior, se ha generado un círculo vicioso entre aislamiento e irrelevancia que origina la necesidad de revisar y retomar desde una perspectiva integral los aportes de diferentes disciplinas y proponer nuevas herramientas que promuevan la interacción de las dos corrientes de pensamiento mencionadas, asimilando lo más rico de la tradición, pero que permitan legítimamente hablar del desarrollo de nuevas herramientas de análisis y del redimensionamiento de problemas sustantivos de la salud pública. Es justamente en esta dimensión que se reflexionó sobre los principales aportes de cuatro disciplinas en aras de proponer una herramienta que bajo una perspectiva

integral contribuya al avance de la investigación y la enseñanza en salud pública.

Las reflexiones que surgen del presente análisis, nos muestran en primer término que el aporte de la demografía se torna de carácter descriptivo al momento de tratar de conocer lo que sucedió, lo que está sucediendo o está por suceder en términos cuantitativos con la mortalidad y la morbilidad como eventos trazadores de la salud pública. Parecería que ninguno de sus aportes permite abordar aspectos cualitativos del conocimiento del proceso en que se gesta la enfermedad o la muerte. No obstante hay que resaltar que recientemente esta disciplina ha llegado a cuestionarse y consecuentemente a desarrollar espacios donde el análisis demográfico podría abordar los aspectos cualitativos del proceso salud-enfermedad para conocer y explicar los fenómenos que suceden y su interacción.

Para el caso de los aportes de la sociología, se puede decir que se centran fundamentalmente en el cuerpo de conocimientos teórico-metodológicos que incorporan el carácter social-histórico como uno de los determinantes explicativos más relevantes del proceso salud-enfermedad y el análisis de las conductas y roles de los principales actores sociales.

La epidemiología, por cuenta propia, incluye un análisis de tipo descriptivo, analítico y explicativo que complementaría las deficiencias que pudieran plantearse desde otras disciplinas. Es así como la epidemiología no sólo describe cuantitativamente el estudio de la morbilidad y mortalidad, sino que ha desarrollado todo un cuerpo de conocimientos teóricos, técnicos y metodológicos que permiten tener un entendimiento más próximo de los fenómenos que privan en el nivel de salud, de su interacción, de sus correlaciones y sobre todo de los factores de riesgo que hacen que se conforme un determinado patrón de morbi-mortalidad.

En relación a la antropología, lo específico de sus aportes se orienta al conocimiento de los sistemas de creencias que sobre el estado de

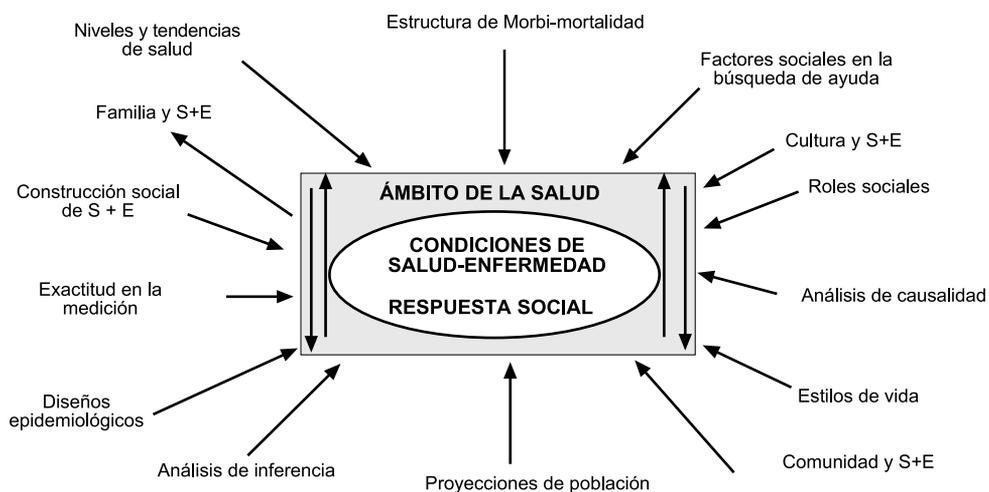
salud-enfermedad tienen los grupos sociales, especialmente aquéllos cuya idiosincrasia no se apegan a los patrones socioculturales occidentales. Su metodología antropomédica permite analizar los diversos sistemas médicos desde una perspectiva cultural, resaltando la importancia que cultural de dimensiones simbólicas en la etiología de la enfermedad.

Las recomendaciones consideradas en la matriz del análisis de los aportes planteados para niveles de pregrado y postgrado difieren de acuerdo al perfil del egresado. En ninguno de los casos se recomendó incluir la innovación de los aportes hechos por cada disciplina, mas bien este nivel de introducción se recomienda a nivel de doctorado, donde sí deberían tomarse en cuenta la innovación tanto teórica como metodológica en los procesos de investigación y enseñanza en salud pública.

De acuerdo a la matriz bidimensional que se propone, consideramos que en la medida que se replanteen los niveles de profundidad de cada aporte, se podrá lograr que los aprendizajes obtenidos por el personal en salud tengan mayor significancia en la aplicación operativa para el desarrollo del conocimiento y por ende en actividades de enseñanza. En cuanto a los determinantes y condicionantes del proceso salud-enfermedad, de los fenómenos de salud pública, y de la respuesta social organizada; la perspectiva integral propuesta permitirá avanzar en el estudio de los problemas y aspectos relacionados con los factores de riesgo, el financiamiento y la equidad en el contexto de la gestión de nuevos sistemas de protección social en salud (38-39).

**FIGURA 1:**

**APORTES DE LA DEMOGRAFÍA, LA SOCIOLOGÍA, LA EPIDEMIOLOGÍA Y LA ANTROPOLOGÍA PARA EL ANÁLISIS DE LOS PRINCIPALES OBJETOS DE ESTUDIO DE LA SALUD PÚBLICA: CONDICIONES DESALUD Y RESPUESTA SOCIAL.**



**CUADRO 1:**

**APORTES DE LAS CIENCIAS SOCIALES PARA LA INVESTIGACIÓN Y LA ENSEÑANZA EN SALUD PÚBLICA.**

Nivel de Formación/Investigación Aportes	Pregrado LM	Postgrado SP	SS	EP	AH	SA	SR
A. Estructura de Mb-Mt.*	3	4	5	5	5	3	5
B. Niveles y tendencias.	3	4	5	5	5	4	5
C. Proyecciones	1	3	5	5	4	2	4
D. Construcción social SE*.	3	4	5	4	2	4	5
E. Correlación Sociológica de SE.	2	5	5	5	3	5	5
F. Factores sociales en la búsqueda de ayuda.	2	4	4	3	2	2	2
G. Roles sociales.	2	5	5	3	2	3	4
H. Causalidad	3	4	4	6	4	4	4
I. Diseños epidemiológicos.	2	4	3	6	3	3	3
J. Exactitud en medición.	3	4	5	6	5	4	5
K. Estilos y calidad de vida	3	5	5	5	5	5	5
L. Familia y SE	2	4	3	4	2	4	5
N. Cultura y SE	2	5	5	4	2	4	4
M. Comunidad y S	3	5	5	5	5	5	5

+Mb-Mt=morbi-mortalidad

\*SE= salud-enfermedad

\*\*SE=Proceso Salud-Enfermedad

Pregrado

LM= Licenciatura en medicina

Postgrado

SP=Salud Pública

SS=Ciencias en sistemas de salud

EP=Ciencias en Epidemiología

AH=Administración de Hospitales

SA=Salud ambiental

SR=Salud Reproductiva

Criterios de Análisis:

1.-Información general

2.-Técnicas y procedimientos generales

3.-Información especializada

4.-Técnicas y procedimientos especializados

5.-Análisis y aplicación

6.-Innovación

## Referencias

- 1.- Keck M & Sikkink K. *Transnational advocacy networks in international and regional politics*. *Internacional Social Science Journal*, 51 (159): 89-101
- 2.- De Almeida N. A saúde e o paradigma da complexidade, Conferencia no ciclo sobre o método de Edgar Morin, Universidade do Vale do Rio Dos Sinos, 2004
- 3.- Arredondo A., "Marcos conceptuales en salud pública: modelos, paradigmas o propuestas disciplinarias ?; Cuad Med Soc de Chile. Vol. 34 # 3, 2003. pp. 29-36.
- 4.- Kuhn Thomas, "The Structure of scientific revolutions". Chicago-1962. University of Chicago Press. Pp. 35-43.
- 5.- De Icaza E. Changes in the Quality of Life of Patients with End-Stage Renal Disease Treated with High Efficiency Bicarbonate Hemodialysis in México. *Renal Failure Review; New York*. Vol. 19, No. 1, 2006.
- 6.- García, M. Carlos. Mortalidad infantil y clases sociales. El caso de Medellín-Colombia en la década de los setenta. Medellín 1986. Universidad Pontificia Bolivariana. CIDI\_UPB.
- 7.- García, M. Carlos. La desigualdad social ante la salud y la muerte: El caso de Medellín-Colombia. Una visión histórica. México 1992. El Colegio de México. Tesis de doctorado.
- 8.- Pollard, John H. On the decomposition of changes in Expectation of life an Differentials in Life Expectancy. 1988. *Demography*, Vol. 25, No.2.
- 9.- Wagstaff A. Poverty and health sector inequalities. *Bull World Health Organ* 80 (2002),pp: 97-105.
- 10.- Minujin, Vera Ruiz G., Jimenez, R. "Factores sociodemográficos asociados a la mortalidad infantil". En memorias del congreso latinoamericano sobre población y desarrollo. México 2004. UNAM-El Colegio de México-PISPAL., Vol. I.
- 11.- Arredondo A., Orozco E., García E., Atrisco R., Allende T., Cicero M. y Flores G. El financiamiento a partir de la descentralización del sistema de salud en México, 1990-2000: Cambios, tendencias y Evidencias. INSP-IDRC. 1ra. Ed. ISBN: 968-6502-62-9. 2006: 1-147.
- 12.- Fitzpatrick R (ed). *La experiencia de la enfermedad*, Fondo de Cultura Económica, México, 1989
- 13.- Navarro V. Health and equity in the world in the era of "globalization", *International Journal of Health Services*, 29 (2): 215-226.
- 14.- Laurell A.C., "El estudio social del proceso salud enfermedad en América Latina". Ponencia presentada en el Coloquio: "La Sauté en Amerique Latina". Ponencia presentada en el Coloquio: "La Sauté en Amerique Latine réalité socio politique et projets des soins primires". Montreal 1985.
- 15.- Evans RG, Stoddart GL. Producing health, consuming health care. *Social Science and Medicine* 1990; 31(12): 1347-1363
- 16.- Mechanic D., "Behaviral-science perspectives: Distribution of disease in populations" en Mechanic D., *Medical Sociology*. 1978, Cap. 2. Pp. 37-42.
- 17.- Ke Xu, Evans D, Kawabata K, et al. Household catastrophic health expenditure: a multicountry análisis. *The Lancet*, 362( 2005), pp: 111-117.
- 18.- Merlis M. Family out-of-pocket spending for health services: a continuing source of financial insecurity. Working Paper. The Commonwealth Fund (2006): 23-46.
- 19.- Castro R., Orozco E., Aggleton P., Eroza E., Hernández J. "Family Responses to HIV/AIDS in Mexico", *Social Sciences and Medicine*, vol. 47, No. 10, 1998, 1473-1484
- 20.- Arhin-Tenkorang D. Mobilizing resources for health: the case for user fees revisited. Harvard University-Harvard School of Public Health. Working Paper. (2003): 3-18.
- 21.- Kleinbaun DG, Kupper LL, Sanders R. and Robertson M.; *Epidemiologic research: principles and quantitative methods*. Life Times Learning Publications. Belmont, 2006.
- 22.- Armando Arredondo, Irene Parada and Carlos Carrillo. Financial consequences from changes of health care demands related to tobacco consumption in Mexico: information to policy makers. *Health Policy* 63, (2002) pp: 45-53.
- 23.- Kleinbaum DG, Morgenstern H, and Kupper LL. "Slection bias in epidemiologic studies". *Am Jou of Epidemiology*. 1981, 113: 452-63.
- 24.- Neidy A., "Questioning the status quo: sickness absecence research so far claims more than it should". *Soc Sci and Med*, 1990; 31: 421-32.
- 25.- Kelsey J., "Types of epidemiologic studies: an introduction", en *Methods in Observational Epidemiology*, 1986, pp. 3-18.
- 26.- Arredondo A., and Zúñiga A. Economic Consequences of Epidemiological Changes in Diabetes in Middle Income Countries: The Mexican Case. *Diabetes Care*. 2004. Vol. 27 (1):104-109.

- 27.- Frenk J., Lozano R. y González-Block M. "Economía y Salud: propuestas para el avance del sistema de salud en México" Informe Final. FUNSALUD. México. Noviembre de 1994. ISBN 968-6186-29-8: 19-34.
- 28.- Juller L., "Epidemiology and Health Policy", *Am. Journal of Epidemiology*, Vol. 127, No.1, January-1988. Pp 2-16.
- 29.- Prat J, Nuño L, Sánchez A. y Ruiz C. Sobre el contexto social del enfermar. En *Antropología Médica en España*. 2005. España. Anagrama.
- 30.- McElroy P and Townsend P. *Medical Anthropology in ecological perspective*, Wetview Press, New York, 1990
- 31.- Hugles, C. *Etnomedicina*. *Enciclopedia Internacional de Ciencias Sociales*. Madrid, España. Aguilar, 2003.
- 32.- Helman C. *Culture, health and illness*, Butterworth-Heinemann, UK, 1994
- 33.- Buzzard, S. *Appropriate Research for Primary Health Care: An anthropologist's View*. *Social Science and Medicine*, Vol. 19, No. 3, 1984
- 34.- Scrimshaw. S. and Hurtado II. *Rapid Assessment Procedures* The University of Tokyo. 2003.
- 35.- Heggengougen K, and Draper A; *Medical Anthropology and Primary Health care*. EPC Publication No.22, LSHTM, London, 1990. Capit. 7.
- 36.- Agar, Michael. *Speaking of Ethnography* Sage publications London *Qualitative Research Methods*. Vol 2 Beverly Hills, C.A. Sage 1985.
- 37.- M. de Miguel, J. *Introducción al campo de la Antropología Médica en España*. Anagrama 2003. España.
- 38.- Correa E. y Noé M. Capítulo 6. *Costos y lineamientos estratégicos para el sector salud: Desafíos del crecimiento con equidad*. En: *La hora de los usuarios- Reflexiones sobre economía política de las reformas de salud*, H. Sánchez y G. Zuleta Eds. BID-Banco Interamericano de Desarrollo (2004): 53-68.
- 39.- Arredondo A. y Recaman A. *el financiamiento de la Salud en México: algunas evidencias para las políticas del sector*. *Hitos en Ciencias Económico-Administrativas*. 2005. Vol 9 No. 23 : 9-16