



Revista Austral de Ciencias Sociales
ISSN: 0717-3202
revistaustral@uach.cl
Universidad Austral de Chile
Chile

Neira Rozas, Jaime Andrés
Ciencias Sociales y Salud Pre-textos para el Debate
Revista Austral de Ciencias Sociales, núm. 5, enero, 2001, pp. 127-138
Universidad Austral de Chile
Valdivia, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=45900511>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

Ciencias Sociales y Salud

Pre-textos para el Debate

Jaime Andrés Neira Rozas¹

¹ Médico Cirujano, Diplomado en Análisis de la Cultura en la Escuela Nacional de Antropología e Historia, México; y Maestro en Medicina Social de la Universidad Autónoma de Xochimilco, Jefe Departamento Técnico DAP-DPP, Servicio de Salud Araucanía Sur.

(1) *Science consists only of quantitative observations:*

- (From an epidemiology text) "However full of insight an investigator's considerings may be, they are unlikely, if not supported by observations objectively recorded in quantitative terms, to form a basis for the considerings of successive generations of investigators (MacMahon and Pugh 1970:6).

(2) *Social Science does not produce such observations.*

- (From a historical review of epidemiology) "Exploitation of the relationship between social and biological factors is inhibited as much as anything by the failure of the social sciences to provide data comparable to those of the biological sciences, data susceptible to statistical analysis" (Gordon 1952:126).

(3) *Anthropology is as much art as science, and should not produce quantifiable observations*

- (From an eminent reviewer of British social anthropology)

"The implication of my present essay is quite the reverse; the data which derive from fieldwork are subjective and not objective. I am saying that every anthropological observer, no matter how well he/she has been trained, will see something that no other such observer can recognize, namely a kind of harmonic projection of the observer's own personality. And when these observations are 'written up' in monograph or any other form, the observer's personality will again distort any purported 'objectivity'. So what should be done? Nothing. Anthropological texts are interesting in themselves not because they tell us something about the external world" (Leach 1984:22)².

La relación de la salud como objeto de estudio y las ciencias sociales como cuerpos disciplinarios, en muchos aspectos aún está en proceso de construcción, aun cuando en algunos otros ha alcanzado cierto proceso de maduración. Si bien estas discusiones han generado largas controversias desde el siglo XIX, donde Foucault sitúa el comienzo de la posibilidad de convertir al ser humano y la sociedad en objetos de estudio, y con ello de las ciencias sociales y las de la salud³, cada cierto tiempo parece necesario renovar el debate y volver a posicionarse ante esta polémica, a la luz de las necesidades de investigación y de

generación de políticas y planes de acción, tanto como en relación con la formación de personal de salud.

El propósito de este documento es avanzar en algunas discusiones en la relación más general ciencias sociales y salud, señalando aspectos particulares del problema y desarrollando planteamientos más específicos en relación con el objeto general de estudio que convoca a este campo de conocimientos, así como con la discusión sobre los métodos y técnicas cualitativas y su pertinencia frente a objetos específicos de investigación.

El punto de partida: La distinción del objeto de estudio

El objeto de estudio de cualquier campo de conocimiento alude al hecho mismo como objeto empírico, como manifestación externa independientemente de su relación cognoscitiva y al objeto como producto teórico del proceso de investigación y por tanto como objeto de conocimiento. Su significado se obtiene no por lo que es en sí mismo, que también es parte de su conocimiento, sino por el modo como se le abstrae y construye como producto científico.

La salud, la enfermedad y la muerte son los hechos sobre los que se basa y se construye todo el entramado de conocimientos que forma parte del objeto de estudio de disciplinas clínicas, epidemiológicas y de salud pública, y de las disciplinas de las ciencias sociales que construyen conocimiento en esta área, que inicialmente pueden señalarse como la sociología, la antropología y algunas ciencias de la conducta.

Una propuesta para distinguir los componentes del objeto de estudio salud la separa en *hecho primario* y *respuesta social*. A su vez, el primero se desagrega en el elemento salud-enfermedad y muerte, y en el elemento conciencia sobre aquel primer componente, del cual se derivan diversas interpretaciones sobre causalidad, concepciones de cuerpo, etc. El segundo componente -respuesta social organizada- se integra por las instituciones sanitarias, instituciones académicas; organizaciones sanitarias y actores sociales.⁴ Desde otras perspectivas se recurre a los conceptos de *sistemas médicos*, *modelos médicos* o *prácticas en salud* para especificar el componente de respuesta social organizada.⁵ En estas perspectivas antropológicas se enfatiza la dimensión simbólica de las prácticas, la que apunta a comprender que tanto el elemento subjetivo de conciencia e interpretación sobre la enfermedad, la muerte, el cuerpo, etc., como la respuesta frente a ellos, están determinadas por el conjunto de prácticas simbólicas de los grupos culturales en los que se insertan los individuos. Estas consideraciones suponen afirmar que el conocimiento científico médico, como se le conoce hoy y en cualquier momento de su desarrollo, no es el único conocimiento posible sobre la salud-enfermedad, y que no alcanza por sí mismo para comprender y explicar este proceso social.

Elemento fundamental de la conceptualización inicial del objeto de estudio señala la necesidad de establecer si el proceso salud-enfermedad y muerte, constituye un proceso biológico o, en su defecto, se trata de un proceso social. Punto de crucial importancia por las implicaciones teóricas y metodológicas que de allí se derivan. Si consideramos que es el *nivel colectivo o de los grupos sociales* el ámbito de preocupación de la epidemiología, la salud pública y las ciencias sociales, un primer nivel general de encuentro entre estas perspectivas disciplinarias lo constituye un planteamiento teórico que vincule los procesos sociales de los colectivos humanos con el problema de los determinantes, la distribución diferencial y el carácter social del proceso de salud-enfermedad colectivo. Ello implica un esfuerzo conceptual que posibilite la comprensión de los procesos de salud-enfermedad como procesos históricos, sociales y culturales, que integran las particularidades biológicas de los colectivos. En este sentido, la naturaleza social de la enfermedad "no se verifica en el caso clínico sino en el modo característico de enfermar y morir de los grupos humanos"⁶, en los cuales se expresan, como formas biológicas características, los cambios específicos de los procesos corporales a través de los cuales los colectivos responden con plasticidad ante sus condiciones de desarrollo.⁷

Este redimensionamiento del objeto de estudio plantea a su vez nuevas interrogantes en relación con la vinculación y las complejidades diversas que se enfrentan entre las

manifestaciones individuales y el nivel colectivo. Si bien la manifestación individual es resultado de lo colectivo y lo colectivo se ve implicado por lo individual, ambos son cualitativamente diferentes. Esta doble comprensión de un mismo proceso señala su complejidad, que apunta también a la necesidad de superación de las dualidades contrapuestas individuo-colectividad, biológico-social, interno-externo, subjetivo-objetivo, etc. Ello hace notar la necesidad de no biologizar lo social, así como de no intentar explicar el daño celular por lo social, considerando que la unidad básica de observación para la concurrencia de ciencias sociales y ciencias de la salud no es el individuo como tal, sino un conjunto concatenado de procesos respecto a los cuales la evidencia individual es una expresión parcial.

Multidisciplina, interdisciplina, transdisciplina

Esta primera perspectiva general en la que se asume el proceso salud-enfermedad colectivo y la respuesta social organizada para enfrentarlo, como procesos histórico -sociales y culturales, conlleva la necesidad de un primer encuentro entre las ciencias sociales y las de la salud, en particular aquellas preocupadas del ámbito colectivo. De aquí también se desprende una discusión sobre la interdisciplina, en relación con la percepción frecuente entre los científicos sociales que trabajan en salud, de que sus aportes son considerados en forma de consultorías especializadas al momento de diseñar instrumentos de recolección de datos por la vía de técnicas cualitativas, pero sin tener la oportunidad de participar en las definiciones de los objetos de estudio, los objetivos de investigación ni en las metodologías que han sido previamente establecidas.⁸

Un primer posible del encuentro entre científicos sociales y de la salud es denominado multidisciplina, en donde concurren en un proyecto amplio profesionales de diversas disciplinas que se abocan a estudios particulares desde sus ópticas específicas, las que después son informadas en un volumen conjunto. Aquí es escasa o nula la discusión que apunta a complementar los enfoques, reduciéndose a la yuxtaposición de técnicas e investigadores, lo que tiende a producir resultados que no dan cuenta de las complejidades de los problemas.⁹

Un segundo camino consiste en la construcción conjunta de objetos de estudio específicos que están ubicados en la intersección entre disciplinas. De esta manera la construcción conjunta garantiza en mayor grado que los investigadores involucrados tengan un entendimiento preciso del carácter del problema a explorar y facilita la elección de los instrumentos idóneos.

Finalmente, otra alternativa consiste en la construcción transdisciplinaria, que parte del análisis de un objeto de conocimiento general y establece a partir de éste la posible concurrencia disciplinaria y las técnicas de investigación relevantes.¹⁰ Sin embargo, en todos los casos es imprescindible ejercer una *vigilancia epistemológica*¹¹ permanente que tiene por objeto precisar las características de la información producida. De esta manera la vigilancia ejercida rigurosamente permite conocer las distorsiones del objeto de estudio que resultan del uso de determinada técnica de investigación para considerarlas, y eventualmente corregirla, en la interpretación de conjunto.

Técnicas de investigación: el dilema cualitativo-cuantitativo

A partir de la construcción del objeto salud-enfermedad como un proceso sociohistórico y cultural, el reto de la concurrencia disciplinaria es una necesidad casi ineludible. En el nivel del objeto, en el que se aborda el problema en un grado de complejidad amplio, por encima de la sumatoria de variables biológicas individuales, se formulan las preguntas y se establece la lógica de la investigación, proporcionando con ello un marco para la interpretación de la información generada, dado que permite establecer las relaciones entre los fenómenos estudiados, precisando así cuáles son los elementos sustantivos del problema respecto de los cuales se requiere generar información, arribando entonces al problema de la elección de las técnicas de investigación y su eventual combinación.

El mundo de la realidad y el conocimiento que busca aproximarse a él y reflejarlo no son ni cuantitativos ni cualitativos: la realidad se caracteriza por un rico movimiento entre calidad y cantidad. El conocimiento científico parte de la dimensión cualitativa en la definición de un objeto de estudio, y luego avanza a la definición del movimiento y explicación de las cantidades.

Si consideramos como punto de partida que el método es el camino del pensamiento¹² que permite diseñar el recorrido conceptual y de categorización que posibilite la elección de técnicas para producir respuestas a las preguntas que los investigadores se plantean, se establece que el problema de lo cualitativo y cuantitativo más que de método es un problema de las técnicas adecuadas para el objeto o problema a estudiar. Son las técnicas las diferentes, unas utilizan procedimientos extensivos, como la encuesta y las técnicas probabilísticas derivadas y otras se centran en el registro intensivo individualizado como la entrevista en profundidad, historias de vida y otras técnicas de análisis del discurso. Sin embargo, la discusión de la pertinencia de las técnicas a los objetos de estudio conlleva otra discusión previa en torno a cómo las diversas técnicas producen versiones sobre el mundo y las posibilidades de integración entre éstas.

El debate entre lo cualitativo y cuantitativo también ha opuesto en las ciencias sociales a aquellos que, como Durkheim,¹³ han pensado que la estadística era el recurso apropiado para no confundir los hechos sociales con sus manifestaciones individuales, mientras por su lado Weber señala que "...en las ciencias sociales nos concierne la tonalidad cualitativa de los procesos...cuya comprensión por vía de la revivencia es ...una tarea ...específicamente distinta de aquella que pueden o pretenden resolver las fórmulas de las ciencias naturales en general"¹⁴. Estos debates, largamente continuados al interior de las ciencias sociales, han llevado a reformular permanentemente la crítica del conocimiento de la única manera en que es posible hacerlo, como teoría de la sociedad¹⁵. A la luz de lo anterior, y retomando el punto de partida de esta discusión, el de los procesos de salud-enfermedad y la respuesta a estos procesos como prácticas sociohistóricas y culturales, hay autores que plantean que la aplicación de los diversos métodos de las ciencias sociales en la investigación en salud debería ser casi natural.¹⁶

A pesar de lo anterior, en este momento interesa discutir algunos puntos particularmente sensibles en torno específicamente al uso de técnicas cualitativas, que plantean ciertos dilemas al investigador, en particular considerando que en algunas ocasiones la utilización de técnicas cualitativas en diseños epidemiológicos o para la evaluación de intervenciones - sin una reflexión rigurosa sobre los alcances y las limitaciones de estas técnicas y del enfoque con el que se combinan- produce un reduccionismo de las técnicas y de la tradición antropológica o sociológica de la cual provienen.¹⁷

El primero de ellos, de un nivel general, se refiere al poder como elemento constitutivo del dato. Esto en el sentido de que la mayor parte de los estudios se hace con/sobre sujetos sociales que se encuentran en alguna medida en condiciones de subordinación, ya sea económica, de género, étnica, etc., que en muchas ocasiones se convierte en el origen de la "disposición" a colaborar. El dato etnográfico se monta así sobre estructuras de poder que funcionan en el nivel micro, que pueden tener repercusiones económicas, o por la vía del consentimiento informado en contextos en los cuales la falta de "ciudadanización" hace aparecer como poco lógico el ofrecimiento de aceptar o rechazar una decisión o pregunta del investigador, cuando no se tienen internalizados los derechos básicos, incluso el hecho mismo de que se tienen derechos. Estos planteamientos cuestionan algunos supuestos iniciales de las técnicas cualitativas de que se busca obtener lo que los sujetos "piensan y sienten" de manera natural en su propio entorno, y que llevan a la necesidad de teorizar más profundamente en torno de las implicaciones epistemológicas de las condiciones de generación de los datos.¹⁸

Un segundo punto a destacar en el uso de técnicas cualitativas en la investigación en salud se refiere a la posibilidad de generalización de los datos. En general se presume que las técnicas cuantitativas son relativamente débiles en términos de validez interna -es difícil saber si miden lo que dicen medir- y fuertes en validez externa -lo que encuentran es generalizable al

conjunto de la población-. Y para las técnicas cualitativas se presume lo contrario, señalando sus debilidades en términos de generalización.

En investigación aplicada a los problemas de salud-enfermedad colectivos, es claramente comprensible la necesidad de contar con hallazgos generalizables porque en general se pretende que de las investigaciones deriven políticas y programas de intervención concretos. Pero en esta concepción se parte del supuesto de que la investigación de *calidad* es la que generaliza, y en general la pregunta de los que privilegian el momento cuantitativo a los cualitativos es ¿cuán generalizables son tus hallazgos?. Sin embargo, en consideración de los elementos preliminares de definición del objeto de estudio y de la relación entre las disciplinas hace ver que un momento intrínseco de la investigación en salud es la búsqueda de las interpretaciones que los sujetos dan a los procesos de salud-enfermedad, sujetos concretos históricamente situados, por lo que se busca comprender "*las razones por las cuales un fenómeno ha llegado a ser así y no de otro modo*".¹⁹ De esta manera la pregunta se revierte para quien presuma contar con nuevos hallazgos en el campo de la salud poblacional y es ¿cuán particularizables son tus hallazgos?²⁰ Entonces, un hallazgo general en el campo de la salud es aún un dato que requiere de un trabajo de "particularización" y "especificación", más aún si la investigación va a servir de base para la formulación de políticas y programas de intervención, para hacerla pertinente y adecuada a las particularidades del grupo al que va dirigida. Por ello aceptar que una limitación de las técnicas cualitativas es su dificultad para generalizar es aceptar de antemano que el ideal de la ciencia social es la generalización. Entonces ambas preguntas deben ser contestadas en el terreno de la investigación social en salud.

Por otro lado, también es errónea la postura de que las técnicas cualitativas no pueden generalizar, si entendemos por generalizar la capacidad de teorizar -de explicar cosas- fundadamente sobre elementos que están más allá de aquellos que sirvieron directamente para la indagación. Es posible plantear algunas estrategias de generalización válidas que no pasan por la estadística; entre ellas, el *grado de adecuación (fit)* entre la situación estudiada y otras similares, a través de la selección de un escenario "típico" (comunidades, grupos, instituciones, etc.); la *generalización conceptual o analítica* a través de la generalización por abstracción a partir de procesos sociales vivenciados por pequeños grupos que permiten iluminar al investigador sobre los procesos mismo más allá del grupo particular, por ejemplo, el proceso de convertirse en enfermo crónico, de estigmatización de determinados enfermos, de adscripción de significados a determinada enfermedad, etc.²¹

Otra posibilidad de generalización de datos cualitativos se funda en la premisa del carácter compartido y socialmente construido de los elementos que en el sentido común se dan por sentado, por la vía de expresiones que hacen referencia a un orden establecido que ha sido internalizado y que constituyen la realidad cotidiana de los individuos, y que al explorar en profundidad los testimonios de los entrevistados es posible localizar aquello que por estar tan incrustado en la estructura social de los individuos sencillamente lo dan por obvio. Es entonces en el lenguaje mismo en donde es posible advertir las claves que hacen presumir las posibilidades de generalización de los hallazgos, por lo menos para las comunidades que participan de las mismas características socioculturales y económicas que los estudiados. Cada grupo "tipifica" su experiencia sobre un fenómeno dado al crear palabras y expresiones específicas para referirse a él.²²

Finalmente, otra estrategia válida para el estudio de las regularidades de un colectivo es el estudio de casos únicos como expresión de contraste de lo general en un grupo determinado, los que representan los límites de lo posible dentro de un orden social dado, lo cual supone la exploración de las fronteras de un sistema cuyas generalidades están implicadas en los rasgos de singularidad de los sujetos estudiados.²³

Otro problema a considerar en la utilización de técnicas cualitativas es el que se relaciona con la confiabilidad o posibilidad de replicar los hallazgos cualitativos en observaciones subsiguientes. A diferencia de las técnicas cuantitativas donde la producción de datos está en cierta medida determinada por recursos externos al investigador como el instrumento

utilizado, para las técnicas cualitativas los datos son básicamente el producto de la interpretación del investigador, y el instrumento esencial es la capacidad interpretativa del investigador mismo.

La confiabilidad entonces, no debe verse como un criterio de verdad del conocimiento sino como un efecto del método y de las técnicas que se utilizan, si asumimos que el conocimiento del mundo, entre ellos el conocimiento científico, es una práctica socialmente construida y compartida y no una verdad absoluta producto de un encuentro "exitoso" con "la realidad". Por ello la confiabilidad de las técnicas cualitativas no es posible *a la manera* de las técnicas cuantitativas, lo cual no les quita rigurosidad. El carácter interpretativo de los procedimientos de las ciencias sociales en general dificulta la posibilidad de replicar exactamente los hallazgos de una investigación que incorpore técnicas cualitativas. Sin embargo, es mínimamente necesario establecer como criterio de evaluación que el investigador explique el contexto sociohistórico y cultural en el que se inserta la investigación, así como la explicitación de la posición del investigador en términos de cómo sus intereses y valores inciden sobre el diseño de la investigación y sus interpretaciones.²⁴

Es necesario entonces encontrar algunos estándares que permitan distinguir un buen trabajo cualitativo de uno que no lo es, pero en este terreno las alternativas de respuesta tienden más a enfatizar que a resolver el problema de la irreplicabilidad del conocimiento cualitativo, por lo que aquí se observa la necesidad del desarrollo de un campo teórico que reflexione sobre el punto en términos epistemológicos, y que se mantenga alejado de las rigideces positivistas y de los relativismos sin fin del postmodernismo de fin de siglo.

Hacia la integración: triangulación de métodos y técnicas

A partir de las discusiones previas es necesario plantear el problema de la combinación de técnicas específicas en función de obtener mayor información frente a las complejidades de un objeto de estudio.

Diversos son los autores que han planteado la triangulación como herramienta que tiene una larga tradición en algunas ciencias sociales, ya sea por motivos prácticos o por razones epistemológicas. Norman Denzin, Juan Samaja y María Cecilia Minayo son probablemente los autores más conocidos en el ámbito latinoamericano en relación con el tema. En general se resalta la contribución de la triangulación como instrumento que ilumina la realidad desde distintos ángulos, propiciando una mayor claridad teórica y una mayor discusión interactiva e intersubjetiva de los datos.²⁵ La comprensión de la cantidad al mismo tiempo y como parte de la calidad de los procesos sociales y de los sujetos sociales marcados en sus estructuras, relaciones y producciones por la subjetividad heredada en cuanto cultura representa una definición amplia del porqué de la necesidad de combinaciones, que busca aprehender las dimensiones exteriores, cuantificables, comprender los significados más profundos y las relaciones sociales que los propician.

Este procedimiento se fundamenta en justificaciones teóricas y filosóficas con relación a aspectos antes esbozados sobre la naturaleza del conocimiento y las propiedades de los objetos de la realidad, en particular a la comprensión de las múltiples dimensiones que contiene en síntesis la unidad del objeto. Estos mismos autores señalan sin embargo que la combinación de técnicas siempre es un proceso desigual y que en la práctica existe una primacía de una disciplina sobre la otra, por motivos que van desde la idiosincrasia de los investigadores hasta los objetivos concretos del trabajo de investigación.²⁶

Si se consideran los procesos de salud-enfermedad como campos complejos de articulación entre lo biológico y lo social (individual y colectivamente), debiendo tratárseles entonces en cuanto expresiones integradas de esta articulación y no pudiendo reducirseles a ningún polo particular, ni a algo natural o exterior a los sujetos, la discusión se orienta entonces a que la investigación en salud en el plano colectivo necesita tomar en consideración los procesos biológicos y ambientales y las tecnologías de diagnóstico y atención, pero indispensablemente

también la generación de significados que potencian e influyen tanto sobre la enfermedad como sobre la respuesta a ella.²⁷

Puntos de encuentro concretos entre ciencias sociales e investigación en salud

Algunos ejemplos concretos de investigaciones en esta área pueden ayudar a iluminar el camino teórico -metodológico construido en relación con la integración disciplinaria tanto como de técnicas. En primer lugar, la investigación sobre mortalidad infantil y algunos otros aspectos de las condiciones de salud materno-infantil, desde hace algún tiempo ha desembocado en una especie de callejón sin salida, por cuanto al mismo tiempo que mejoran sensiblemente las técnicas para cuantificar el fenómeno, existen pocos trabajos que trasciendan las explicaciones más generales, por cuanto abundan las publicaciones que reiteran la asociación entre algunas variables sociodemográficas y el riesgo de muerte infantil.

Estas investigaciones que se preocupan particularmente del principio de generalización que antes se señala, dejan a las políticas de salud carentes de información específica acerca de los procesos que conducen a que frente a situaciones similares, algunas familias logren que sus hijos sobrevivan mientras otras fracasan. Otros trabajos revelan incluso que las relaciones entre variables demográficas—tales como la edad de la madre- o las de naturaleza socioeconómica como el nivel educacional de la madre, con la mortalidad infantil, no son tan universales como en un principio se planteó. En estos casos, la utilización combinada de técnicas estadísticas como el análisis de regresión, con técnicas cualitativas complejas como la entrevista en profundidad ofrecen prometedores resultados.²⁸

En segundo lugar, las intervenciones educativas para solucionar problemas de salud son otro campo de interacción privilegiado en las ciencias sociales y salud. Pero el modelo que habitualmente se sigue parte de una definición del problema desde la "biología", acudiendo al auxilio de las técnicas sociológicas y antropológicas para preparar la intervención. Sin embargo, es necesario, como se ha establecido para la prevención educativa de ciertas zoonosis, construir intervenciones a partir de la comprensión del contexto económico y cultural que tome en cuenta la racionalidad que subyace a determinadas prácticas sociales que exponen a los sujetos a riesgos importantes en su salud.²⁹

Otra línea de trabajo lo constituye la investigación sobre las concepciones populares y tradicionales de salud, enfermedad y procesos reproductivos, la que suele partir de una exploración cualitativa encaminada a identificar las principales nociones y creencias que existen sobre estos temas, para luego alimentar el diseño de encuestas que buscan correlaciones entre dichas creencias y ciertas variables socioeconómicas y demográficas. También el camino inverso ha sido utilizado: partir de una encuesta o un censo de población para caracterizar sociodemográficamente la localidad y desde allí construir una clasificación tipológica de los habitantes a partir de variables socialmente relevantes para cada sexo, tipología que sirve de base para orientar la decisión de entrevistar en profundidad a algunos informantes por cada tipo.³⁰

Otro esfuerzo de articulación entre ciencias sociales y epidemiología lo constituye la evaluación de servicios e intervenciones terapéuticas, ya sea farmacológicas, nutricionales, educativas o combinadas. Con estas estrategias se han producido evaluaciones de Programas Nacionales de enfermedades prevalentes como el VIH-SIDA en Brasil.³¹

Finalmente, en el territorio de la Araucanía se han desarrollado desde hace algunos años diversos esfuerzos de investigación en una línea de trabajo que ha sido denominada Epidemiología Intercultural, en la cual se han combinado técnicas epidemiológicas con otras de la antropología médica en la búsqueda de información relevante para la mejoría de las condiciones de vida y salud en población mapuche de la región, en temáticas como la mortalidad por bronconeumonía, entidades nosológicas del mundo mapuche, aspectos del trabajo en el área maternoinfantil y nutricional, etc. Estos desarrollados han mostrado al nivel

local las posibilidades que se abren a la luz de la integración de técnicas así como en las definiciones más generales del objeto y el método para las ciencias sociales en salud.

La enseñanza de las ciencias sociales en salud

Un último aspecto a considerar en esta temática se refiere a las formas y momentos en que es posible o deseable la inserción de contenidos de ciencias sociales en la formación de personal de salud, tanto en el pregrado como en el postgrado.

Esta es nuevamente una situación compleja por cuanto existen diversas posturas para la enseñanza de las ciencias de la salud en sí mismas, desde la tradicional postura por asignaturas o ramos que parten de las ciencias básicas y terminan en la clínica, hasta posiciones en las que se intenta realizar una integración por unidades temáticas o modulares sin asignaturas, con procesos de enseñanza-aprendizaje y evaluaciones integradas a nivel grupal, con metodologías como el aprendizaje basado en resolución de problemas, entre otras.

Si existen discusiones en la forma de reproducir el conocimiento de las ciencias médicas en sí mismas, la dispersión de posturas es aún mayor cuando se trata de producir consensos en la enseñanza de las ciencias sociales. Ello porque lo habitual es que la reconceptualización del objeto salud-enfermedad colectiva se plantea sólo ocasionalmente a nivel del pregrado y con discreta mayor frecuencia en el postgrado.

A nivel latinoamericano esta es también una discusión de larga data³² que no se pretende resumir ni resolver aquí. Solo señalar que en la medida en que más tempranamente se incorporen contenidos de las ciencias sociales vinculados a los momentos de evolución de la formación del personal parece haber mejor integración a la práctica posterior. De la misma manera, a nivel del postgrado, en la formación de especialistas en salud pública o alguna de sus subespecialidades (Epidemiología, Salud en el Trabajo, Administración Hospitalaria, etc.) así como en procesos de formación de especialistas en Medicina Familiar o Comunitaria, la enseñanza y la práctica de la sociología y antropología, fundamentalmente, deben formar parte medular de los desarrollos curriculares y de los procesos de investigación en docencia que se implementen durante la formación, en la cual se capacite al personal en la comprensión crítica de las determinantes sociales que se expresan en el nivel de los perfiles patológicos de los colectivos, así como en la comprensión y análisis de cómo la provisión de servicios de salud y la utilización de los mismos está asimismo determinada social y culturalmente.

En este sentido, existe ya un cuerpo de conocimientos sólidamente fundamentados que demuestran que la determinación social de la enfermedad puede ser estudiada a diferentes niveles de análisis. Así por ejemplo, al nivel más general, diversos estudios han documentado que las formas predominantes de enfermar están determinadas por el tipo de organización económico social de una sociedad: los individuos no se enferman ni mueren de la misma manera en sociedades con un capitalismo avanzado que en sociedades dependientes.³³ De la misma manera, a un nivel de análisis más específico, ha sido ampliamente documentado que la pertenencia de clase de los individuos se refleja directamente en desiguales oportunidades de salud: la esperanza de vida y las tasas de mortalidad infantil no son las mismas para todos los integrantes de una sociedad.³⁴ En estrecha asociación con el nivel de análisis anterior, diversas investigaciones han mostrado la vinculación que existe entre trabajo y salud: el tipo de inserción que tienen los individuos en el mercado de trabajo se relaciona directamente con formas específicas de enfermar y morir.³⁵

Finalmente, a un nivel de análisis aún menor, el nivel micro, la vinculación que existe entre el llamado estilo de vida de los individuos y su salud ha sido ampliamente documentada en diversas investigaciones.³⁶ Es claro que la discusión original sobre la pertinencia de utilizar los aportes de las ciencias sociales en el estudio de las necesidades de salud ha sido transcendida con amplitud: hoy la discusión se refiere a las formas específicas en que los factores sociales influyen en la determinación de los fenómenos de salud. La enseñanza de estos hallazgos debe

constituir el aspecto prioritario, desde el punto de vista de las ciencias sociales, en el caso de los estudiantes de la salud pública y sus áreas relacionadas.

La provisión de servicios y sus determinantes y consecuencias sociales son también aspectos a considerar en la formación de personal de salud en las áreas de salud pública y aquellas relacionadas. Por citar sólo unos ejemplos, diversas investigaciones han mostrado que el origen socioeconómico se asocia estrechamente con las oportunidades de trabajo de los médicos;³⁷ que los patrones de prescripción médica varían en función de ciertas variables sociológicas;³⁸ y que la planificación y la asignación de recursos para la atención de la salud puede comprenderse mejor en términos de un análisis de políticas de salud y de los condicionantes socio-políticos de éstas.³⁹ Es decir, finalmente se comprende que en el terreno de la enseñanza de las ciencias sociales en el campo de la salud es un terreno fértil y con grandes líneas de trabajo a desarrollar.

Conclusiones

Se revisan en este documento las posibilidades y necesidades de integración de las ciencias sociales en la investigación en salud. A partir de la redefinición de un objeto de estudio complejo que integra diversas dimensiones de la realidad de las condiciones de vida y sanitarias de los colectivos humanos, se plantean las potencialidades que genera una lectura de la complejidad de los procesos de salud-enfermedad a partir del reconocimiento de los atributos diversos de estos eventos, que integra dimensiones cuantitativas y cualitativas, las que pueden ser recuperadas a partir de técnicas específicas consideradas en función del problema de investigación y los objetivos que apuntan a los aspectos de la realidad que interesa conocer.

Finalmente, se considera que estas discusiones, así como las potencialidades de la inserción de contenidos temáticos en las mallas curriculares de los estudiantes de pre y postgrado en el área de la salud constituyen un aspecto importante a desarrollar para potenciar las capacidades analíticas y críticas del personal en formación.

NOTAS

² Tomado de Trostle James (1986). "Anthropology and Epidemiology in the Twenty Century: a Selective History of Collaborative Projects and Theoretical Affinities, 1920 to 1970" In: Craig R Janes et al (eds). Anthropology and Epidemiology. Interdisciplinary Approaches to the Studies of Health and Disease. Boston: Reidel.

³ Foucault Michel. (1989) *El Nacimiento de la Clínica*. México, Siglo XXI.

⁴ Jarillo Edgard. (1999). *Ideología Médica*. Tesis de Doctorado en Ciencias Sociales y Salud. Universidad Autónoma de Barcelona.

⁵ Ver, entre otros: Citarella Luca (comp)(1995) *Medicinas y Culturas en la Araucanía*. Chile. Sudamericana.; Laurell Asa Cristina y Carolina Tetelboin.(1998) *Módulo Práctica Médica*. Maestría en Medicina Social. México. UAM - Xochimilco.; Menéndez Eduardo.(1992) "Modelo Médico hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales." En: Campos R.: *La Antropología Médica en México*. Instituto Mora- Universidad Autónoma Metropolitana, México.

⁶ Laurell Asa Cristina. (1982) "La salud-enfermedad como proceso social", en: *Revista Latinoamericana de Salud*, México. p. 21.

⁷ Laurell Asa Cristina y Noriega Mariano. (1980) *La Salud en la Fábrica. Estudio sobre la industria siderúrgica en México*. Ediciones ERA. México.

⁸ Trostle James (1986) Op. Cit.

⁹ Franco S. Nunes E. Breilh J. Laurell A. (1991) Debates en Medicina Social. OPS-ALAMES. Quito.

¹⁰ Laurell AC. (1994) "Sobre la Concepción Biológica y Social del Proceso Salud-Enfermedad." En: Rodríguez MA. *Lo biológico y lo Social*. OPS/OMS. Serie Desarrollo de Recursos Humanos. Nº 101.

¹¹ Bourdieu Pierre. (1986) *El Oficio de Sociólogo*. México. Siglo XXI.

¹² Habermas Jürgen. (1987) Teoría de la Acción Comunicativa. Madrid. Taurus.

¹³ Durkheim Emile. (1978) *Las Reglas del Método Sociológico*. Buenos Aires. La Pléyade.

¹⁴ Weber Max. (1982) *Ensayos sobre metodología Sociológica*. Buenos Aires. Amorrortu. Pág. 62

¹⁵ Habermas Jurgen. *La lógica de las ciencias sociales*. Madrid. Tecnos.

¹⁶ Inhorn MV. (1995) "Medical Anthropology and epidemiology: divergences or convergences?" *Social Science and Medicine* 40(3):285-290.

¹⁷ De Souza Minayo MC.; Cruz Neto O. (1999) "Triangulación de Métodos en la evaluación de programas y servicios de salud." En: Bronfman y Castro, Op. Cit.

¹⁸ Castro R. Bronfman M. (1999) "Problemas no resueltos en la integración de métodos cualitativos y cuantitativos en la investigación social en salud." En: Bronfmann M y Castro R. (Coords.) *Salud, cambio social y Política. Perspectivas desde América Latina*. México. EDAMEX-Instituto Nacional de Salud Pública.

¹⁹ Weber Max. (1982) Op. Cit. pág. 61.

²⁰ Castro R. Bronfman M. (1999) Op. Cit. Pág. 54

²¹ Castro y Bronfmann. Op. Cit.

²² Schutz Alfred. (1974). *El problema de la realidad social*. Buenos Aires. Amorrortu.

²³ Gofmman E. (1986) *Estigma. Ensayos sobre la identidad deteriorada*. Buenos Aires. Amorrortu.

²⁴ Paris Mary. (1999) "Investigación Cualitativa en Salud: superando los horrores metodológicos." En: Bronfmann M y Castro R. (Coords.) *Salud, cambio social y Política. Perspectivas desde América Latina*. México. EDAMEX-Instituto Nacional de Salud Pública.

²⁵ Minayo MC. Cruz Neto O. Op. Cit.

²⁶ Samaja Juan. (1992) "La combinación de métodos: pasos para una comprensión dialéctica del trabajo interdisciplinario.". En: *Educación Médica y Salud*, Vol. 26 Nº 1 (4-34)

²⁷ Minayo MCS. (1993) "Quantitativo-Qualitativo: Oposicao ou Complementariedade". *Cadernos de Saude Pública*. Río de Janeiro 9 (3): 239-262, Jul/Sept.

²⁸ Bronfman M (1992) "Infant Mortality and crisis in México". *International Journal of Health Services* 22 (1): 157-167; Formigli VLA y cols. (1996) "Avaliacao da Atencao de Saude através da Investigacao de Obitos Infantis." *Cadernos de Saude Pública*, Río de Janeiro, 12 (supl. 2):33-42.

- ²⁹ Bronfman M, Gleizer M, Loya M, Flisser A, Sarti E y Schantz P. (1996) "Control and Prevention of Teniasis and Cysticercosis in rural areas of México." Mimeo. Citado en: Bronfman y Castro, op. cit.
- ³⁰ Castro R y Bronfman M. (1995) "Salud, embarazo y anticoncepción en dos comunidades rurales de México: un estudio comparativo" en Gonzalez MS (Comp.) *Las mujeres y la salud*. México: el Colegio de México.
- ³¹ Minayo MC. (1991) "Abordagem Antropológico para Avaliação de Políticas Sociais". Revista de Saúde Pública, São Paulo, Vol. 25 Nº 3, p. 233-238.; Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. (1989). *Evaluación de Servicios de Salud Materno Infantil*. Washington, D.C. OPS/OMS:
- ³² Ver, entre otros: Duarte Nunes E.(1986)"Las ciencias sociales en los planes de estudio de graduación y postgraduación". En: Duarte Nunes E, ed. *Ciencias Sociales y Salud en la América Latina*. Montevideo: OPS-CIESU,443-474.; García JC. (1971) "Paradigmas para la enseñanza de las ciencias sociales en las escuelas de medicina". *Educ Med Salud* :5(2):130-150; Organización Panamericana para la Salud. (1974) Aspectos teóricos de las ciencias sociales aplicadas a la medicina. *Educ Med Salud*. 8(4):354-359.
- ³³ McKeown T. (1976) The role of medicine: Dream, mirage or nemesis. Londres: Nuffield Provincial Hospital Trust; Laurell AC (1982). La salud-enfermedad como proceso social. *Rev Latinoam Salud*;12:7-25.
- ³⁴ Behm H. (1979) Los determinantes económicos y sociales de la mortalidad en América Latina. *Rev Centroam Ciencias Salud*, 12:69- 102.; Bronfman M, Tuirán R.(1984) "La desigualdad social ante la muerte: clases sociales y mortalidad en la niñez." En: UNAM, El Colegio de México, PISPAL. *Memorias del Congreso Latinoamericano de Población y Desarrollo*. México, D.F.: El Colegio de México, 1;187-219.
- ³⁵ Coburn D. (1979) Job alienation and well being. *Int J Health Serv* ;9(1):41-59.; Karasek et al. (1981) Job decision latitudes, job demands, and cardiovascular disease: A prospective study of Swedish men. *Am J Public Health* ;71(7):694-705.; Laurell AC, Márquez M. (1983) *El desgaste obrero en México. Proceso de producción y salud*. México, D.F. Editorial Era.
- ³⁶ Berkman L, Breslow L. (1983) Health and ways of living. The Alameda County study. Nueva York: Oxford University Press.
- ³⁷ Frenk J. Efectos del origen social y de la socialización profesional sobre las preferencias vocacionales de los internos de medicina de México. *Educ. Med. Salud* 1985: 19(4):426-451.
- ³⁸ Durán L, Frenk J. La calidad de la conducta prescriptiva en atención primaria. *Salud Pública Mex* 1990;32:181-191.
- ³⁹ Weller GR. From "pressure group politics" to "medical-industrial complex": The development of approaches to the politics of health. *J Health Polit Policy Law* 1977; 11:444-470.; Testa M. "Planificación en salud: las determinaciones sociales". En: Duarte Nunes E, ed. *Ciencias sociales y salud en la América Latina*. Montevideo: OPS-CESU, 1986:347-380.; López Acuña D. *La salud desigual en México*. México, D.F.: Siglo XXI, 1989.