

# LOS DESARROLLOS DE LA INVESTIGACIÓN EN CIENCIAS SOCIALES DE LA SALUD: UNA VISION SUSTENTABLE

Arun Kumar Acharya  
Instituto de Investigaciones Sociales,  
(Monterrey,  
E-mail: acharya\_77@yahoo.com

y José Juan Cervantes  
Universidad Autónoma de Nuevo León  
N.L., México)



## **Introducción**

Las ciencias sociales involucradas con la salud son un campo relativamente reciente en la historia de las ciencias. Su conformación como área disciplinar y dominio teórico puede ubicarse a finales de la segunda guerra mundial, específicamente en los años cincuenta del siglo XX es cuando se define su orientación y practica; a pesar de que sus orígenes pueden rastreados mucho antes, pero exclusivamente en el mundo medico y sin impacto específico en las ciencias sociales.

Si existían los conocimientos sociales por parte de los médicos antes del siglo XX, pero el desarrollo de las ciencias sociales era escaso y tenía una precaria formalización. A inicios del siglo pasado, las ciencias sociales estaban en algunas universidades de Europa y Estados Unidos, donde los desarrollos teóricos eran exigüos; no se encuentran referencias importantes a la medicina o la salud en los estudios de las ciencias sociales, casi nada entre los sociólogos y algo entre los antropólogos y psicólogos (1).

Sin embargo, el interés por las condiciones sociales y ambientales, y por las enfermedades que provocaban, incentivaron la preocupación de muchos médicos, quienes usaban los informes de salud o sus experiencias para construir una explicación que contenía un análisis más amplio, no sólo en el aspecto biológico. Es importante destacar que este interés estaba asociado al desarrollo de medicina y de la tecnología médica, es decir, estos médicos humanistas o con un epidemiológico más completa, que se ocupaban de lo social, lo hacían tanto por la sensibilidad que por el sufrimiento de los enfermos.

Esta preocupación disminuyó con la aparición de los avances en la medicina (antibióticos, insecticidas y la tecnología médica), por lo cual la inquietud social de la salud quedo reservada a los médicos dedicados a la salud pública quienes han tenido siempre fijación por las condiciones socio-económico-ambientales.

Los primeros estudios sobre ciencias sociales en salud fueron escritos por médicos, no por sociólogos, según Nunes (2) existen dos escritos que son considerados los pioneros a los que se realizaron en el siglo XX, uno de Jules Guerin publicado en Francia en 1848, sobre la medicina social y otro sobre la importancia del estudio de la sociología medica de Charles McIntire editado en Estados Unidos en 1893. De los primeros 50 años del siglo pasado se destacan las aportaciones de Elizabeth Blackwell en 1902 y James Warbase dentro de la sociología medica. En el campo de la antropología se había establecido un área de estudio que se relaciono con la salud (3,4). En la psicología Freud, (5) publicó dos libros, uno sobre la interpretación de los sueños y otro que trató sobre El chiste y su relación con el inconsciente. En ellos se analizó la histeria con explicaciones culturales, psicológicas y no fisiológicas

Pero, este dominio permaneció en el mundo medico y si bien tuvo una gran influencia en la antropología y en la sociología, se mantuvo como algo distinto de las ciencias sociales y la salud o la medicina. En este aspecto, el desarrollo científico estuvo marcado por la influencia de las dos grandes guerras, y no vino a consolidarse como tal y lograr importancia hasta después de concluida la última de ellas. A partir de estos años se establecen las bases teóricas de esta naciente disciplina, impulsada por la importante contratación que hicieron los gobiernos en sus ministerios de salud de personal con conocimientos de ciencias sociales.

Este proceso ocurre de manera paralela con una importante expansión del mercado de trabajo en las oficinas de los gobiernos, en los ministerios de salud, así como en las universidades (6). La expansión de este tipo de empleo permite que gran cantidad de sociólogos, antropólogos, psicólogos y geógrafos se dediquen a

actividades relacionadas con el ámbito de la salud. Debido a la inclusión de las ciencias sociales en la salud, para 1962 se forma el grupo de sociología médica en la Asociación Americana de Sociología. Así como en 1964 la Asociación Británica de Sociología incluyó una rama de sociología médica. También en 1966 esta rama formó parte de la Asociación Internacional de Sociología.

A partir de estos desarrollos ha sido posible la construcción de un campo teórico para el estudio de salud en ciencias sociales y de allí se pueden identificar tres tendencias sobre las cuales se construyó esta ciencia. El primero se centra en la explicación de lo médico por la salud. El segundo, es la explicación socio individual de la enfermedad, donde ya no se trata de comprender o explicar la medicina o el rol médico, sino la etiología social de la dolencia. El tercero, explica las dimensiones socio colectivas de la enfermedad y sus implicaciones en los procesos sociales globales o regionales.

En este escenario, en el presente capítulo analiza primeramente las tres corrientes teóricas ya mencionadas y se comprenden sus aportes a la consolidación de estas tesis científicas en el ámbito global y de México, así como las divergencias que las mismas dejan en el ámbito científico. Sobre esta revisión descansa el objetivo principal del capítulo, el cual propondrá la formación de una corriente teórica que logre aglutinar las distintas perspectivas expuestas y que tenga como la base las tesis del desarrollo sustentable.

### ***Las corrientes teóricas y sus aportaciones***

#### **La explicación de lo médico por lo social**

Estas tesis construyeron un campo teórico que estuvo marcado por el estudio de la profesión médica y sus distintas facetas. La perspectiva se centró en la construcción del rol médico, así como la manera por la cual los estudiantes de medicina se iban adaptando a las nuevas exigencias de su desempeño. Por un lado, se intentó explicar cómo se debían establecer los vínculos sociales con los pacientes y familiares, así como con el resto del personal médico y paramédico, por otro con sus propios sentimientos, es decir con la insensibilidad que debe desarrollar para no sucumbir ante el sufrimiento ajeno (7-12).

Desde la visión funcionalista Merton, Reader y Kendall (13), Becker, Geer, Hughes y Strauss (14) estudiaron los mecanismos de socialización de los estudiantes de medicina y los mecanismos de asimilación simbólica que se tienen que cumplir para incluirse en las actividades médicas. Estos estudios representaron un avance sustantivo en la descripción de las pautas sociales que debían cumplir los estudiantes de medicina al entrar a actividades médicas.

Dentro de esta tradición teórica y desde una perspectiva culturalista antropológica, Kleinman (15), Good y Good (16) realizaron investigaciones que demostraron como la cultura influye en la asimilación de las pautas de comportamiento médico con los pacientes y como las distintas estructuras de los ministerios o centros de educación en salud influyen sobre el tipo de relaciones sociales que se construyan entre los médicos, estudiantes y sus pacientes, y en sí sobre los diagnósticos médicos que se reportan.

Otra manera de ver la relación entre los pacientes, médicos y el sistema de salud está marcada por “teoría de la etiquetación”. Esta teoría se desarrolló a partir de los años sesenta en Estados Unidos y lo singular de la misma fue que cambió la perspectiva sobre la cual se enfocaban los estudios al modificar el centro de atención del enfermo por el sistema de salud que lo consideraba como tal, en el caso más específico de los enfermos y delinquentes mentales. Becker (17), Goffmann (18), Castés et al (19), Romero y Rujano (20), Ortega y Puga (21) y Lorena (22) son los principales investigadores que han ahondado en esta visión, lo valioso de la misma es que cambiaron el foco de interés del paciente o de la relación específica de ésta con el médico, para el estudio de todo el sistema de salud que, como los hospitales, permitía comprender como una persona, con algunos problemas de conducta podía convertirla en enfermo mental la institución.

Aunque estos focos de teóricos han sido predominantes, los sistemas de salud han sido objeto de otros estudios desde la visión ciencia política y la economía. Antes de los años ochenta del pasado siglo, eran pocos los análisis sobre el sistema de salud en una perspectiva institucional, que no incluyera la vida de los pacientes. Es decir ya no se trataba más de interpretar la institución social o las relaciones sociales; de poder y sumisión como las más importantes, sino de ubicarlas en el contexto del Estado, sus limitaciones y sus posibilidades (23,24).

En el ámbito de México las aportaciones dentro de estas tesis han sido en el ámbito de la antropología médica. Autores como Aguirre-Beltrán (25) dieron un impulso decisivo al proceso de re-legitimación de la perspectiva

antropológica en el campo de las investigaciones en salud, frente a un panorama de creciente medicalización que centraba en la perspectiva biomédica todo intento de análisis y explicación de los problemas de salud.

Finalmente, hay que destacar los trabajos de Eduardo Menéndez que, desde el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, ha impulsado desde principios de la década de los ochentas el desarrollo de la antropología médica desde una perspectiva crítica. Menéndez (26), propuso el concepto de "modelo médico hegemónico" para caracterizar a ese modelo de medicina que devino dominante desde principios del siglo XIX, bajo el capitalismo, y que, además de fundamentar jurídicamente su apropiación exclusiva de la enfermedad, privilegió una mirada sobre ella biológica, individualista, histórica, asocial, mercantilista y pragmática Menéndez, (27,28).

### **La explicación de socio individual de la enfermedad**

Desde los años setenta del pasado siglo, las ciencias sociales tienden a modificar el énfasis de los estudios y se enfocan a comprender la enfermedad desde el punto de vista social. Esta nueva visión privilegia la perspectiva de la etiología social toma en cuenta los factores biológicos; en algunos casos más y en otros menos. Estos abordajes teóricos son distintos a los de la anterior explicación, por que en estas tesis se le otorga más peso a las causas naturales, a lo biológico, así como al tipo de perspectiva que se asuma en la explicación social (29), es decir, si el acento es colocado en el comportamiento individual o en las condiciones de la sociedad que se convierten en productoras de enfermedades.

Las más difundidas tesis de esta visión se denominaron estudios KAP (Knowledge Attitudes and Practices). Estos estudios se fundaban en la creencia de que los conocimientos que una persona podía tener acerca de una enfermedad, sus causas y sus modos de prevención, generaban una actitud que luego se ponían en práctica en ciertos comportamientos que ayudaban o no a su difusión. Según Briseño-León (30) esta visión es cognitivista y presume que sí la persona actúa mal es porque tiene esa carencia, pero que una vez cubierta, permitirá cambiar radicalmente la situación epidemiológica.

En los años setenta del siglo pasado esta explicación tuvo mucho éxito, ya que su perspectiva individualista fue fácilmente aceptada por las autoridades de salud y por el personal médico, pero al mismo tiempo generó críticas, tanto por quienes defienden la interpretación colectivista social, como por aquellos que consideraron que la misma era un reduccionismo que distrae el foco de la tensión de una solución más general para los problemas de salud, que sólo su masiva difusión.

Para Briseño-León la falla principal de la anterior visión radica en dos aspectos. El primero, es la creencia llamada la concepción bancaria de la educación (31), la cual menciona, que la ignorancia es un vacío que como una ola se llena con nuevos contenidos, cuando, en realidad es siempre una olla llena cuyo contenido debe ser transformado. Y la segunda, es la creencia en que las informaciones deben conducir a las prácticas, las acciones. Basados en estas creencias hipotéticas, muchos ministerios de salud han promovido políticas para difundir información sobre las enfermedades típicas de sus países. Se ha mencionado que esto ha funcionado, sin embargo, se ha pasado por alto que la aplicación de estas políticas se ha dado principalmente en poblaciones pobres y marginadas y sus resultados no son del todo concluyentes.

Dentro de esta perspectiva los estudios culturales y de representación social de la enfermedad han superado las limitaciones señaladas, los principales precursores de la visión son Lépine, Dobles-Ulloa y Perriard, Rozemberg, Méndez y Alvez y Rabelo (32-36). Dos tipos de estudios han sido los predominantes dentro de esta categoría, los de "compliance" y otro el del estudio de la "razones". El de compliance se ha interesado en analizar el porqué alguna gente le hace caso y sigue la posología y las indicaciones del profesional y otros lo hacen a medias o simplemente no lo hacen. Los estudios de compliance son en el fondo investigaciones de apego o no a las normas y al poder, desde la visión del poder. En tanto las investigaciones de las razones se han centrado en preguntarse por qué las personas acuden al consultorio antes que otros, y porque algunos otros ni siquiera nunca asisten. Las explicaciones han sido variadas, pero casi siempre tienden a ser individualistas y psicológicas a pesar de poder ser calificadas como casos colectivos, por ejemplo el factor de género, ya que por lo regular las mujeres buscan la atención médica antes que los hombres.

Aunque esta visión ha logrado explicaciones significativas de la enfermedad desde lo individual, la crítica fundamental sobre estas investigaciones, es que tienden a culpabilizar a la víctima de las dolencias, hacerlos responsables de una situación donde ellos son consecuencia y no la causa (37).

En el caso de México en los últimos años ha habido un significativo impulso a los estudios cualitativos, que buscan elucidar la subjetividad de los individuos en el terreno de la salud, los padecimientos y la enfermedad. En algunos casos, dichos trabajos han propuesto soluciones claramente sociológicas, desde una perspectiva hermenéutica, respecto al problema sobre la manera en que la experiencia subjetiva y los significados en torno a la salud se articulan con la estructura social más general, así como con la desigualdad de género (38,39,40).

En otros casos, los estudios sobre la experiencia subjetiva se han centrado en los padecimientos crónicos, como la diabetes, buscando trasladar el eje de análisis del mero enfoque biomédico o, en el otro extremo, del mero enfoque macrosocial y determinista, hacia una perspectiva que incorpora la dimensión personal y subjetiva de los sujetos (41).

Esta perspectiva interpretativa ha enriquecido el estudio de la negociación de la sexualidad y el significado de la virginidad (42), así como la vivencia de las mujeres sobre la prevención del cáncer cervicouterino (43). También se ha traducido en investigaciones sugerentes sobre las prácticas médicas de atención a la salud reproductiva en poblaciones indígenas (44), así como sobre la percepción de la maternidad entre diversos grupos de mujeres (45).

Sin embargo, aún con la riqueza etnográfica de estos trabajos, es posible advertir también aquí las consecuencias de la falta de un abordaje más comprometidamente sociológico: la mayor parte de esas investigaciones suelen quedarse en el nivel del detalle descriptivo, y son muy pocas las que ofrecen una interpretación social o antropológica realmente iluminadora de los testimonios y de las observaciones recolectadas por los investigadores.

En suma, las tesis individualista han logrado identificar algunos factores que inciden sobre la percepción de las enfermedades, sin embargo como ya se menciona ciertas interpretaciones pueden tener un uso que tiende a agravar el problema y no ha resolverlo.

### **La explicación socio colectiva de la enfermedad**

Como asunto colectivo la enfermedad ha sido analizada desde diversas visiones. Todos los investigadores que se enfocan en la perspectiva colectivista insisten en que no se trata de lo que hace o deja de hacer un individuo, sino de las condiciones en las cuales esa persona se encuentra en lo que determina la salud y la enfermedad. La diferencia entre este análisis y el individualista, radica fundamentalmente en como se entienden la situación escala en la cual se trabaja y claro esta en la manera en que se interpreta lo social (46).

Desde esta visión las escalas de examen se mueven desde el ámbito microsocioal como la familia y la vivienda, pasan por la organización en clases de una sociedad, hasta llegar a las formas de división internacional del trabajo y las condiciones del neoliberalismo actual. Según Velázquez y Pérez (47) la variable explicativa es de tipo colectivo y estructural, nunca individual. Por esta razón, los análisis de esta vertiente son más del tipo sociológico que antropológico o de las ciencias políticas y geográfica.

Un ejemplo de lo anterior, lo representan los estudios microsociales sobre la vivienda y la prevalencia enfermedades transmitidas en el medio ambiente (malaria y chagas) entre los pobladores de bajos recursos (48,49,50). Según estos estudios las condiciones de la vivienda, falta de sanitarios en el interior, mala construcción (paredes con filtraciones de agua y aire) pueden predeterminar una mayor incidencia de estas enfermedades entre las poblaciones que no cuentan con vivienda digna o al menos en buenas condiciones. Aunque estas investigaciones pueden indicar que la falta de algunas condiciones dignas de la vivienda pueden ser causantes de estas enfermedades, los estudios no han podido comprobar fehacientemente que el tipo de vivienda tenga relación directa con la falta de recursos financieros o la misma es parte de las costumbres de cada pueblo. Lo que se puede deducir de las investigaciones, es que puede ser una respuesta o la otra, pero siempre hay un condicionamiento social y material que puede inducir un mayor riesgo de contraer la enfermedad.

Por su parte, los estudios macrosociales intentan dar una explicación más amplia y relacionada con el ámbito social global. Según Kim et al, Heggenhougen, Farmer y Laurell (2000) la proliferación de enfermedades que ya se creían erradicadas (paludismo, sarampión, viruela y dengue) son causadas directamente por el proceso de reformas neoliberales que han sufrido la mayoría de los países en desarrollo los últimos 20 años (51-54). Se argumenta que como las reformas neoliberales tienen como objetivo fundamental la reducción del tamaño del Estado, la misma se ha aplicado mayormente a eliminar programas sociales y de salud que estaban enfocados

a controlar o mejorar las condiciones sanitarios y con ello se ponía un cerco a muchas enfermedades. La consecuencia de estos cambios a sido un resurgir de la muchas de la enfermedades ya anotadas anteriormente, ya que las reformas económicas han sumido en la pobreza a millones de personas y han degradado ampliamente en muchos casos sus condiciones sanitarias.

A diferencia del análisis individual de la enfermedad, el cual se puede estancar en divagaciones demasiado teóricas, las tesis sociales se han difundido más allá del ámbito académico y han incentivado un debate sobre el alcance de las políticas sociales entre los estratos más bajos de la población. En el mismo sentido, se ha abierto la discusión sobre los efectos del actual modelo de desarrollo sobre la salud de un pueblo. En síntesis, estas tesis tienen una mayor repercusión en el intento de integrar las explicaciones sociales y de salud.

Por otra parte, en el contexto de México surgió una corriente centrada en la antropología y más en la perspectiva sociológica, principalmente en el claustro de la Maestría en Medicina Social, de la Universidad Autónoma Metropolitana (Unidad Xochimilco) desde mediados de la década de los setentas. Junto con investigadores de otros países de América Latina, desde esta institución se ha impulsado la llamada corriente de la medicina social (55). Esta corriente constituye uno de los mejores ejemplos, a nivel internacional, de los aportes que puede hacer el análisis marxista en cuestiones de salud.

En un trabajo bien conocido en la región, Laurell (56) estableció que el objetivo de la medicina social latinoamericana no es tanto señalar, como lo venían haciendo autores como Navarro (57) en Estados Unidos, que el sistema capitalista determina la naturaleza de las enfermedades de las poblaciones, sino más bien demostrar la manera específica en que dicha determinación tiene lugar. La autora sostiene que la enfermedad no puede ser considerada simplemente como un estado biológico, ni como la consecuencia mecánica de la pobreza. La salud y la enfermedad, sostiene, no pueden ser tomadas como dos entidades separadas, sino que deben ser entendidas como dos momentos (unidos dialécticamente) de un mismo fenómeno.

De lo anterior deriva uno de los principales conceptos de la corriente de la medicina social latinoamericana: más que hablar de salud y de enfermedad separadamente, esta escuela tiene al proceso de salud-enfermedad como su objeto de estudio (58). Años más tarde, Menéndez (59) sostuvo que también las conductas de los individuos frente a la enfermedad son parte integral del concepto salud-enfermedad, por lo que propone que el concepto debe ser proceso salud-enfermedad-atención. Desde esta perspectiva teórica se desarrolló también un trabajo de análisis de las "necesidades esenciales en salud" en México, que pronto se convirtió en una referencia obligada tanto para investigadores como para estudiantes del tema (60).

Dado su enfoque crítico, la corriente de la medicina social privilegia el estudio de la desigualdad social y de la forma en que dicha desigualdad determina los procesos de salud-enfermedad de las poblaciones y de las políticas públicas (61). Otro trabajo también de amplia influencia en toda Latinoamérica (62,63) demostró que era empíricamente posible lograr una sofisticada operacionalización del concepto marxista de clase social y utilizarlo tanto para ilustrar como para explicar los diferenciales de mortalidad infantil entre las diversas clases sociales de México.

Dicho trabajo se constituyó en un modelo que diversos investigadores aplicaron en sus estudios sobre la desigualdad social y la salud. El concepto como tal, sin embargo, era altamente complejo, lo que resultaba en una cierta desincentivación de los especialistas para utilizarlo. Por ello, pocos años más tarde, Bronfman et al (64) propuso una estrategia más simple para clasificar a la población en grupos socio-económicos diferenciados, que ha sido ampliamente retomada en la región.

La corriente de la medicina social se ha ocupado también de problematizar el vínculo salud-trabajo en México (65). Al hacerlo, diversos autores han señalado la importancia de estudiar al "proceso de trabajo" en sí mismo (66), y de entenderlo como fuente de "desgaste obrero" (67) con consecuencias directas sobre el proceso salud-enfermedad. Sobre la base de resultados empíricos concretos, los trabajos de Laurell han demostrado que conceptos como "desgaste obrero" y "patrones específicos de desgaste" son más precisos y pertinentes que aquellos como "expropiación absoluta" y "expropiación relativa" de la salud que otros teóricos de la sociología médica marxista habían propuesto en Estados Unidos (68).

Como se constata, la visión global y nacional ha sido altamente crítica y su enfoque ha sido cuestionar el funcionamiento de los nuevos modelos de desarrollo actual. Aunque la mayoría de las investigaciones mencionadas han demostrada una posible correlación entre el desigual desarrollo y la proliferación de algunas enfermedades, su tendencia tan crítica y en ciertos momentos no propositiva, ha provocado que en los círculos gubernamentales no se tome en cuenta esta perspectiva. Debido a lo anterior es imprescindible que los

descubrimientos desde este campo intenten ser introducidos a las discusiones sobre política pública de la salud y así incentivar una visión social sobre las causas, efectos y soluciones (69).

### **Las ciencias sociales de la salud y una visión sustentable**

Las tres corrientes (autores) que han dominado los análisis sobre las ciencias sociales y la salud los últimos 40 años prefiguran un amplio y disperso campo de estudio. Como se mostró las corrientes precursoras de los acercamientos entre las ciencias sociales y la salud surgieron primeramente dentro de los ámbitos puramente médico y fueron estos los que se acercaron a las disciplinas sociales e iniciaron las explicaciones desde la perspectiva médica. Posteriormente, por esta influencia y desde una visión ampliamente crítica las ciencias sociales exploraron como los procesos sociales pueden ser los causantes de algunas enfermedades, desde lo individual y colectiva.

En suma, las corrientes demuestran que la relación e interrelación entre las ciencias sociales y la salud ha sido prolifera y que la misma se ha explorado por connotados investigadores de ambas ciencias, sin embargo, a pesar de todo este bagaje de conocimientos es claro la existencia de una dispersión dentro de esta temática. La dispersión ha provocado que cada una de las corrientes se enfoque a su problema de estudio y pocas o nulas ocasiones existe una interrelación entre las mismas. Esta problemática ha sido un obstáculo para que la relación entre las corrientes logre darse, con lo cual la mayor y mejor difusión de este conocimiento se aísla en el ámbito académico y gubernamental, difundiendo poco su descubrimientos entre los no expertos o interesados directamente.

Con el objetivo de intentar resolver esta dispersión de esta ciencia proponemos la formación de una corriente teórica que tienda aglutinar a las predominantes y que se la base para conseguir la unidad de la disciplina. La corriente se denominara "sustentabilidad de la salud" y tendrá como base las tesis del desarrollo sustentable (informe Brundtland, Agenda 21) y las de la ecología de la salud (70). Esta corriente se sustenta en tres consideraciones:

- Entender que los humanos forman parte inseparable del medio ambiente y pueden ser dañados por los cambios que se produzcan en los ecosistemas, inclusive por aquellos que son obra del ser humano.
- Que se deben de comprender los patrones locales de salud existentes en cada comunidad humana, ya que los mismos pueden ser muy diversos.
- Comprender ampliamente los efectos de los cambios macrosociales que ocurren en el mundo ligados a los procesos de urbanización, modernización y globalización.

Desde este escenario, los estudios que se realicen tendrán una visión más multidisciplinaria, ya que podrán abarcar distintas concepciones de las ciencias sociales y de la salud. Estas concepciones podrán ser primeramente desde el punto de vista médico o del científico social, o viceversa, por lo cual se tendrá una perspectiva más holística de la temática.

### **Conclusiones**

En este escenario y con el objetivo de conseguir la unidad de esta disciplina es necesario partir de las consideraciones mencionadas y proponer las siguientes tres estrategias:

Las investigaciones que se realicen deben de partir del axioma indivisible humano-ambiente y de las consecuencias negativas de los trastornos del mismo, sean estos naturales o provocados por el humano. Consecuencias que se reflejaran en la proliferación de enfermedades que ya se tenían por controladas o extintas. Conjuntar en este campo de estudio las visiones sociales u de salud ayudarán a comprender la magnitud del daño ambiental que se ha provocado en el planeta y a proyectar las posibles líneas de acción que palien o resuelvan estas cuestiones. Es indudable que la conjunción ciencias sociales y de salud en esta vertiente incentivaría una unidad más homogénea de las ciencias y los resultados que se consigan serían mayormente aplicables a la realidad y dejarían de ser teóricos.

Se debe de contextualizar los análisis de las enfermedades desde la óptica social y así la generalización de sus efectos de enfermedades a realidades distintas. Es demostrable que las investigaciones sobre algunas

enfermedades que se han convertido en pandemias tienden a generalizar los métodos de para resolverlas, por ejemplo en el caso del SIDA, donde muchos gobiernos implementan gigantescas campañas de difusión y menores de prevención. Generalmente las campañas no toman en cuenta el contexto de cada población y erróneamente creen que lo funciona en un lugar, puede hacerlo en otro. Bajo esta premisa toda investigación desde la visión ciencias sociales y salud debe de partir del contexto de cada población, ya que con esto el diagnostico se apegará a la realidad más posible.

Explicar ampliamente la implicación de los procesos de socialización urbanización, modernización o globalización; neoliberal o no, sobre los sistemas de salud y como esto incentiva o no la proliferación de algunas enfermedades. Junto con las cuestiones ambientales, el efectos de los procesos sociales en la salud humana y más drásticamente en los procesos de desarrollo y progreso son un campo de estudio que ha sido explicado de una forma demasiado critica. Como ya se había mencionado, esta posición crítica a descubierto algunas particularidades negativas de los modelos de desarrollo, en su ligazón con la salud, tan fuertes que han transformado sistemas de atención completos. Sin embargo, en muchos aspectos la crítica resultante de las investigaciones ha sido poco propositiva y han terminado siendo gritos aislados que poco contribuyen a la consolidación de la temática y si a su mayor dispersión. Por esta razón, es lógico que el abordaje desde la vertiente siga siendo crítico, pero obligatoriamente con propuestas que logren formular políticas públicas para resolver todos los problemas socios sanitarios que deriven de la instrumentación de las políticas sociales económicas y culturales.

Con la instrumentación de estas estrategias es factible lograr una conjunción de las diferentes vertientes que tienen las ciencias sociales de la salud y más aún incentivar una innovación más fructífera de la misma. Finalmente, esta propuesta trata de incentivar una visión homogénea de este campo de estudio y lograr que la misma pase de tesis teóricas, individualistas, colectivistas e hipersociales a una perspectiva integradora y comprensiva, y mostrar un balance y virtud que se mida no sólo por la elegancia y armonía de sus teorías, sino por la pertinencia de estas y por la capacidad de contribuir a hacer mejor la vida de los pueblos, dentro de una visión sustentable.

### **Resumen**

Las ciencias sociales involucradas con la salud son un campo relativamente reciente en la historia de las ciencias. Sin embargo, el interés por las condiciones sociales y ambientales, y por las enfermedades que provocaban, incentivaron la preocupación de muchos médicos, quienes usaban los informes de salud o sus experiencias para construir una explicación que contenía un análisis más amplio, no sólo en el aspecto biológico. Finalmente, esta propuesta trata de incentivar en este campo de estudio una perspectiva integradora y comprensiva, y mostrar un balance en la capacidad de contribuir a hacer mejor la vida de los pueblos, dentro de una visión sustentable.

*Palabras clave: salud, ciencias sociales, sustentabilidad*

### **Abstract**

The social sciences concerned with health are a relatively recent in the history of science. However, interest in social and environmental conditions, and the diseases it causes, in encouraging the concern of many doctors who used the health reports or their experiences to construct an account which contained a comprehensive discussion, not only in the biological aspect. Finally, this proposal seeks to encourage in this field of study in an integrated and comprehensive, and show a balance in the ability to help make life better for people, within a sustainable vision.

*Key words: health, social sciences, sustainable.*

### **Referencias**

1. Wallerstein, I 1996. Abrir las ciencias sociales, Siglo XXI Editores, México DF.
2. Nunes, E 1999. Sobre sociología de saúde, Hucitec, Sao Paulo, Brasil.

3. Canesqui, AM 1994. Notas sobre a producao académica de antropología e saude na década de 80. In PC Alves & MCS Minayo (orgs.), saude e doenca:Um olhar antropológico. Fiocruz, Rio de Janerio.
4. Canesqui, AM 1995. Dilemas e desafio das ciências sociais a saúde coletiva. Hucitec-Abrasco, Sao Paulo-Rio de Janerio.
5. Freud, S 1901. Analisis fragmentario de una histeria, tomo I. In Obras completas, Biblioteca Nueva, Madrid.
6. Cockerham, WC 2000. Medical sociology at the millennium. In SR Quah & A sales (eds.). The International handbook of Sociology. The Cromwell Press Ltd. Trowbridge, Wilshire.
7. Zola, IK 1972. Medicine as an institution of Social Control, Sociological Review, No. 20: 487-504
8. García JC 1963. Sociología y Medicina: bases sociológicas de las relaciones médico-paciente. Cuadernos Medico Sociales, No. 4: 11-16
9. Rhodes, L 1990. Studying biomedicine as a culture system. In T Johnson & C. Sargent (Eds.). Medical Anthropology: a handbook of theory and method, Greenwood Press, Nueva York.
10. Good, BJ 1994. Medicine, rationality and experience: an anthropological perspective. Lewis Henry Morgan Lectures. Rochester New York. Cambridge University Press.
11. Llovet, J 1999. Transformaciones en la profesión médica: un cuadro de situación al final del siglo. In M Bronfman & R Castro (comps.). Salud, cambio social y política. Edamex, México, DF.
12. Lolas Stepke, F 1999. La medicina como ciencia social. In Briceño-León (comp.). Ciencias sociales y salud en América Latina: un balance. Fundación Polar-Laboratorio de Ciencias Sociales, Caracas.
13. Merton, RK, GG Reader y PLKendall 1957. The student physician. Harvard University Press, Cambridge.
14. Becker HS, B Geer, EC Hughes y A Strauss 1961. Boys in white: student culture in medical school. Chicago University Press, Chicago.
15. Kleinman, A 1980. Patients and healers in the context of culture: an exploration of the borderland between anthropologym medicine and psyquity: University of California Press, Berkeley.
16. Good BJ and MJ Good 1993. Learning medicine: the constructing of medical knowledge at Harvard Medical School. In S Lindenbaum y M Lock (eds.), Knowledge, power & practice, Los Angeles, California, The Regents of the University of California.
17. Becker, HS 1985. Outsiders, etudes de sociologie de la deviance. Editores Métailié, Paris.
18. Goffman, E 1963. Estigma. La identidad deteriorada. Amorrortu Editores, Buenos Aires.
19. Castés M, M Jiménez, N Castañeda, A Roda e I Martín 1992. Estudios de los aspectos epidemiológicos y socio-económicos y socio-económicos en mujeres con Leishmaniasis. Fermentum, Vol. 2(4):85-98
20. Romero-Salazar, A y R Rujano 1995.La eficiencia del diagnostico y de la introducción y la administración del tratamiento en el control de la lepra. Espacio Abierto, No. 4: 63-84
21. Ortega Canto JE, J Holí Santos y LF Puga 1994. México: creencias y prácticas sobre la leishmaniasis cutánea en una población de migrantes en el estado de Campeche, Fermentum, No.8: 126-141.
22. Lorena Claro, L1995. Hanseniasse. Representacoes sobre a doenca. Fiocruz, Rio Janerio.



23. Foucault, M 1973. Naissance de la clinique: Une archéologie d regard medical. Press Universitaires de France, Paris.
24. Goffmann, E 1970. Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Amorrortu Editores, Buenos Aires.
25. Aguirre Beltrán, G.1986. Antropología medica, CIESAS, México
26. Menéndez, E 1978. El modelo médico y la salud de los trabajadores, en Franco Basaglia, La salud de los trabajadores, Universidad Autónoma de Metropolitana-Xochimilco, México.
27. Menéndez, E 1984. Estructura y relaciones de clase y la fusión de los modelos médicos, Nueva Antropología, Vol.6 (23)
28. Menéndez, E 1985. El modelo médico dominante y las limitaciones y posibilidades de los modelos antropológicos, Rev. Desarrollo Económico Vol.24 (96):93-604
29. Barata, R 1997. Condiciones de vida e situação de saúde, Abrasco, Rio de Janeiro.
30. Briceño-León, R 1998. El contexto político de la participación comunitaria en America Latina Cad. Saúde Pública vol.14 suppl.2 ([http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1998000600013](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1998000600013))
31. *Idem.*
32. Lépine, C (1992), Representações sociais sobre varíola entre os daomeanos na África Ocidental – séculos XVIII e XIX. En AWP Spínola, ENC Sá, MF Westphal, RC Ferreira y F Zioni (Coords.). Pesquisa social em saúde. Cortez Editora, São Paulo.
33. Dobles-Ulloa, A y C Perriad 1994. Representaciones, actitudes y prácticas respecto a la leishmaniasis cutánea en la población del Cantón Acosta, Provincia de San José, Costa Rica. Estudio antropológico exploratorio. Cadernos de Saúde Pública, Vol. 10(2): 181-189
34. Rozemberg, B 1994. Social representation of somatic events linked to schistosomiasis. Cadernos de Saúde Pública, Vol.10(1): 30-46
35. Méndez Nelson, C 1995. Creencia y actitudes hacia La malaria y servicios antimaláricos en tres grupos étnicos de Guatemala. Espacio Abierto, Vol.4(2):39-48
36. Alves, PC e MC Rabelo 1998. Repensando os estudos sobre representações e práticas em saúde/doença. In PC Alves & MC Rabelo (orgs.). Antropologia da saúde. Traçando identidade e explorando fronteiras. Fiocruz-Relume Dumará, Rio de Janeiro.
37. Menéndez E e J García de Alba 1992. Prácticas populares, ideología médica y participación social. Aportes sobre antropología médica en México. CIESAS, México DF.
38. Castro, R 1995. The Subjective Experience of Health and Illness in Ocuituco: A Case Study. Social Science and Medicine, Vol.41, núm.7.
39. Castro, R y E Eroza, 1998, "Research Notes on Social Order and Subjectivity: Individuals' Experience of Susto and Fallen Fontanelle in Central Mexico", Culture, Medicine and Psychiatry, Vol.22 (2)
40. Castro, R 2000. La vida en la adversidad. El significado de la salud y la enfermedad en la pobreza, CRIM/UNAM, Cuernavaca.
41. Mercado, FJ, 1996, Entre el infierno y la gloria. La experiencia de la enfermedad crónica en un barrio urbano, Universidad de Guadalajara, Guadalajara.

42. Amuchástegui, A 1999. Dialogue and the Negotiation of Meaning: Constructions of Virginity in Mexico. Culture. Health and Sexuality, Vol. 1(1): 79-93
43. Castro, R. 2000, *Op.cit.*
44. Gomez-Dantes, O, J Frenk y C Cryz 1997. Commerce in Health Services in north America within the context of the North America Free Trade Agreement, Revista Panamericana de Salud Publica, Vol. 1, Núm. 6.
45. Nunes E, *Op. cit.*
46. Velásquez, A y H Pérez 1994. Venezuela: Estudios de factores socioeconómicos de riesgo de exposición a la malaria que favorecen el contacto hombre-vector en Nurucual, Estado Sucre. Fermentum, vol.3(8).
47. *Idem.*
48. Zeledon R and L Vargas 1984. The role of dirt floors and of firewood in rural dwellings in the epidemiology of Chagas disease in Costa Rica. American Journal of Tropical medicine and Hygiene, vol.33(2).
49. Dias JCP 1985. Aspectos socioculturais e econômicos na expansão e no controle da doença de Chagas humana. Annales de La Société Belge de Medicine Tropical, suppl.
50. Briceño-León R 1990. La casa enferma. Fondo Editorial Acta Científica Venezolana-Consortio de Ediciones Capriles, Caracas.
51. Kim, J, J Millen, A Irwin and J Gershman 2000. Dying for groth: global inequality and the health of the poor. Common Courage Press, Maine.
52. Heggenhougen, K 1999. Are the margilized the slag-heap of economic growth and globalization? Disparity, health, and human rights. Health and Human Rights, Vol. 4(1): 205-213.
53. Farmer, P 1999. Infections and inequalities. The modern plagues. University of California Press, Berkeley, Los Angeles, Londres.
54. Laurell, AC 2000. Globalización, políticas neoliberales y salud. In R Briceño-León, de Sousa Minayo & Coimbra (comps). Salud y equidad: una mirada desde las ciencias sociales. Fiocruz, Rio de Janeiro.
55. Laurell, AC 1989. Social Analysis of Collective Health in Latin America, Social Science and Medicine, Vol.28 (11)
56. Laurell, AC 1975, "Medicina y Capitalismo en México", Cuadernos Políticos, núm.5.
57. Navarro, V. 1976, Medicine Under Capitalism, Prodist, Nueva York.
58. Laurell, AC 1982, "La salud-enfermedad como proceso social", Revista Latinoamericana de Salud, núm.2.
59. Menéndez, E 1983. Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autotención (gestión) en salud, Cuadernos de la Casa Chata, núm.86, México.
60. Boltvinik, J, C Santos-Burgoa, I Almada Bay, R Mendoza y AM Chávez, 1983, Necesidades esenciales en México. Salud, Coplamar, Siglo XXI Editores, México.
61. López Acuña, D 1986. La salud desigual en México, Siglo XXI Editores, México.
62. Bronfman, M, C Lombardi y CG. Vitora, 1988, "Operacionalização do conceito de classe social em estudos epidemiológicos", Revista de Saúde Pública (São Paulo), Vol.22 (4)

63. Bronfman, M y R Tuirán 1983. La desigualdad social ante la muerte: clases sociales y mortalidad en la niñez, Cuadernos Médico Sociales, vol.29.

64. Bronfman, M., *et. al.*, *Op.cit.*

65. Noriega, M 1989. Problemas teórico-metodológicos de la investigación sobre salud en el trabajo Salud-problema, núm.17.

66. Laurell, AC 1979. Work and Health in Mexico International Journal of Health Services, vol.9, núm.4.

67. Laurell, AC y M Márquez, 1983, El desgaste obrero en México. Proceso de producción y salud, Editorial Era, México.

68. Navarro, V 1982. The Labor Process and Health: A Historical Materialist Interpretation", International Journal of Health Services, vol.12, núm.1.

69. Higginbotham, N, R Briceño-Leon and j N onhson 2001. Applying health social science best practice in the developing world. Zed Book, Londres.

70. Foller, ML, MJ Garrett and LO Hansson 1996. Human ecology and health: its development and central themes. In Editors M-L Follér & L Hansson. Chalmers repro. Göteborg, Suécia.