

# UACM

Universidad Autónoma  
de la Ciudad de México

---

*Nada humano me es ajeno*

COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

LICENCIATURA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

**“Análisis de dos perspectivas para el estudio de los procesos y problemas de salud-enfermedad en el campo de Promoción de la Salud”**

TRABAJO RECEPCIONAL

PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN  
PROMOCIÓN DE LA SALUD

PRESENTA:

**JASMIN ROSARIO VILLA RODRIGUEZ**

DIRECTORA DEL TRABAJO RECEPCIONAL

ROSELIA ROSALES FLORES

**UACM**  
**BIBLIOTECA**  
**SAN LORENZO TEJONCO**

MÉXICO D.F. JUNIO 2012.

## SISTEMA BIBLIOTECARIO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN



## UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE LA CIUDAD DE MÉXICO COORDINACIÓN ACADÉMICA

### RESTRICCIONES DE USO PARA LAS TESIS DIGITALES

#### DERECHOS RESERVADOS<sup>©</sup>

La presente obra y cada uno de sus elementos está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor; por la Ley de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, así como lo dispuesto por el Estatuto General Orgánico de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México; del mismo modo por lo establecido en el Acuerdo por el cual se aprueba la Norma mediante la que se Modifican, Adicionan y Derogan Diversas Disposiciones del Estatuto Orgánico de la Universidad de la Ciudad de México, aprobado por el Consejo de Gobierno el 29 de enero de 2002, con el objeto de definir las atribuciones de las diferentes unidades que forman la estructura de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México como organismo público autónomo y lo establecido en el Reglamento de Titulación de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México.

Por lo que el uso de su contenido, así como cada una de las partes que lo integran y que están bajo la tutela de la Ley Federal de Derecho de Autor, obliga a quien haga uso de la presente obra a considerar que solo lo realizará si es para fines educativos, académicos, de investigación o informativos y se compromete a citar esta fuente, así como a su autor ó autores. Por lo tanto, queda prohibida su reproducción total o parcial y cualquier uso diferente a los ya mencionados, los cuales serán reclamados por el titular de los derechos y sancionados conforme a la legislación aplicable.

UACM4 TST-2

TE  
RA427.8  
VSS  
F. 2

# **Análisis de dos perspectivas para el estudio de los procesos y problemas de salud-enfermedad en el campo de Promoción de la Salud**

<b>Índice</b>	<b>Página</b>
<b>Agradecimientos</b>	3
<b>Introducción</b>	4
<b>Capítulo 1. Delimitación del objeto de estudio</b>	
Antecedentes históricos en el campo de Promoción de la Salud	7
Planteamiento del problema	16
Objetivos	18
Justificación	19
Ejes analíticos	20
<b>Capítulo 2. Marco teórico-referencial</b>	
Origen de las ciencias sociales y naturales	22
Conceptos centrales	34
<b>Capítulo 3. Metodología</b>	
Descripción de la metodología	43
<b>Capítulo 4. Análisis y resultados</b>	
Aportes teóricos/metodológicos de la perspectiva estructural-funcionalista	47
Aportes teóricos/metodológicos de la perspectiva socio-histórica	55
Estrategias para el análisis de los artículos	65
Análisis de los artículos de la perspectiva estructural-funcionalista	66
Análisis de los artículos de la perspectiva socio-histórica	75
Resultados de la revisión de ambas perspectivas a partir del análisis teórico/metodológico	86
<b>Capítulo 5. Promoción de la Salud y el objeto de estudio</b>	
Reflexión	95
<b>Bibliografía</b>	103
<b>Anexos</b>	
Anexo I (palabras claves)	109
Anexo II (categorías conceptuales y metodológicas de las perspectivas estructural-funcionalista y socio-histórica)	110

## **Agradecimientos**

Agradezco el apoyo económico brindado durante mi investigación de tesis que me ofreció la beca de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México y el Instituto de Ciencia y Tecnología del Distrito Federal en el período 2011-2012.

Así, como el apoyo reciente para la impresión y empastado de mi trabajo recepcional que me otorgó mi casa de estudios la Universidad Autónoma de la Ciudad de México.

Por otra parte, doy gracias a cada uno de los profesores con los que tuve la oportunidad de trabajar durante mi formación universitaria, porque de alguna u otra forma contribuyeron a dos puntos esenciales: primero a construir y transformar nuevos conocimientos; y segundo a apropiarme de una perspectiva crítica en el campo de la Promoción de la Salud.

También a cada una de mis compañeras (que se convirtieron en grandes amistades) porque me enseñaron a trabajar en equipo y intercambiar distintos puntos de vista a partir de redescubrir herramientas como el diálogo y la escucha.

Finalmente, agradezco de todo corazón a las personas más importantes y representativas de mi vida, mis padres y hermanas, puesto tengo la fortuna de que siempre me han apoyado no sólo en lo económico, sino, también en cuestiones indispensables como lo moral y lo emocional. Les doy gracias por los valores que me han inculcado ya que éstos me han permitido luchar por cada uno de mis objetivos y sueños, así como llegar hasta este momento de mi vida profesional.

## Introducción

El análisis simultáneo de las perspectivas estructural-funcionalista y socio-histórica respecto a los fenómenos de salud-enfermedad puede contribuir a la discusión que existe entre éstas, y acercar, con el estudio del mismo, a las ventajas de un conocimiento transdisciplinario como el que ofrece la Universidad Autónoma de la Ciudad de México en distintas licenciaturas, particularmente en Promoción de la Salud. Estudiar los procesos y problemas de salud-enfermedad desde ambas percepciones tiene dos objetivos implícitos primordiales: el primero es aproximar a las problemáticas de ambas visiones a quienes se desempeñan en esta área, de tal modo que se apropien de distintas estrategias para solucionar los fenómenos de salud-enfermedad de manera equitativa y adopten lo que a su criterio es mejor de cada una de las perspectivas; el segundo objetivo es crear un debate entre los profesionistas en el área de la salud una vez que se han acercado a conocer una y otra percepción, de modo que esta discusión enriquezca la práctica de la promoción de la salud.

Para presentar el análisis de estas dos perspectivas he estructurado mi trabajo de la siguiente forma:

En el primer capítulo planteo los antecedentes de la presente investigación primero de forma breve contextualizo el surgimiento de la licenciatura en Promoción de la salud y abordo el perfil del egresado de quien se profesionaliza en esta licenciatura. Después realizo un recorrido histórico sobre las distintas prácticas —explícitas e implícitas— relacionadas con promoción de la salud, para ello considero el tiempo y el espacio de los pueblos primitivos, la Grecia antigua, los romanos, el Cristianismo y los siglos XV, XVI, XVII, XVIII y XIX. Dentro de este mismo apartado se rescatan los documentos y conferencias explícitas más importantes a nivel nacional e internacional sobre las acciones y propuestas en promoción de la salud, a partir del siglo XX. Esto tiene como razón primordial ir percibiendo cómo evolucionaron las distintas prácticas en el quehacer de promoción de la salud para que en el 2001 Universidad Autónoma de la Ciudad de México situará la necesidad de profesionalizar la práctica en Promoción de la Salud. En este mismo capítulo, además, rescato el planteamiento del problema, el cual describe las problemáticas que se identificaron para llevar a cabo esta investigación. En seguida, planteo los objetivos que deseo alcanzar con este trabajo recepcional, los cuales tienen el objeto de definir los objetos de estudio (perspectivas estructural-funcionalista y socio-

histórica); más adelante continuó con la justificación, la cual busca hacer explícitas las razones por las cuales se eligió abordar estos objetos de investigación; finalmente, se rescatan los ejes analíticos que tienen como propósito hacer evidente cuáles son la premisas de la investigación.

En el segundo capítulo presento el marco teórico-referencial, el cual está construido por dos diferentes apartados: el primero aborda el origen de las dos diferentes perspectivas, es decir, la perspectiva estructural-funcionalista y la perspectiva socio-histórica; esto tiene el objetivo de tener un panorama de cómo se iniciaron las ciencias naturales y las ciencias sociales y ver su impacto dentro del estudio de los procesos y problemas de salud-enfermedad. El segundo apartado hace referencia a los conceptos centrales de Sociedad, Estado, Políticas sociales, Políticas de salud, Sistema de salud y Proceso salud-enfermedad que cada perspectiva sostiene, con el objetivo de analizar la forma de abordaje de estas dos diferentes visiones pues considero que la percepción que de cada definición establece es el pilar de la construcción de cada paradigma y, por ende, reflejo de su forma de explicar y solucionar los fenómenos de salud-enfermedad.

En el tercer capítulo señalo la metodología utilizada, con el propósito de describir el método y herramientas manejadas para el logro de los objetivos. De manera sucinta, la metodología está basada en un método cualitativo que a través del análisis de discurso sitúa los principios teóricos de cada perspectiva y que para la presente investigación consiste en analizar diez artículos académicos de cada perspectiva, obtenidos a partir de la indagación de distintas bases de datos.

En el capítulo cuatro presento información elemental pues despliego el análisis del discurso de cada uno de los artículos seleccionados, esto tiene el objetivo de hacer explícitas las explicaciones teóricas/metodológicas que cada paradigma propone a partir de recartar el trabajo de los tres capítulos anteriores. Además, en este mismo capítulo desgloso los resultados encontrados través de la aplicación de la metodología, es decir, el análisis del discurso que realizo con respecto a los artículos seleccionados. Para tal fin encuentro conveniente dividir esta sección en tres distintos apartados, pues la aplicación de la metodología así lo requiere. El primero se titula *De la búsqueda*, en él presento lo encontrado con el primer acercamiento a la aplicación de la metodología, en este caso el contacto con las distintas bases de datos; el segundo, el que se titula *Sobre el sitio*

consiste en exponer los resultados de las bases de datos seleccionadas (y no seleccionadas); el tercero, el que se titula *Sobre los artículos*, es pieza clave de esta investigación porque rescata los elementos teóricos/metodológicos del estudio de cada paradigma y radica en presentar los datos relevantes que son producto de una serie de estrategias expuestas dentro este capítulo.

Finalmente, en el capítulo cinco se rescata la reflexión que ha dejado el estudio de los dos objetos de investigación, esto último tiene el objetivo hacer explícitos los aprendizajes adquiridos a lo largo del trabajo de investigación y responder a las preguntas planteadas en un principio de la investigación.

## Capítulo 1. Delimitación del objeto de estudio

### Antecedentes históricos en el campo de Promoción de la Salud

La licenciatura en Promoción de la Salud (PS) es la primera de su rama en México. Surge con la creación de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM) en el año 2001. La idea de su creación tiene origen en la celebración de la V conferencia mundial sobre promoción de la salud en la Ciudad de México, en junio del 2000, que actuó como un elemento importante para que se tomara la decisión de abrir una licenciatura en PS (ver página 15). Su práctica se desarrollaba ya desde los últimos 20 años (Czeresnia, 2006:19), en países como: Canadá, Estados Unidos y países de la Europa Occidental. Además, la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco (UAM-X) impartió el diplomado en promoción de la salud del año 1993 hasta el 2007.<sup>1</sup>

En particular, la carrera de PS en la UACM se relaciona con la intención de contribuir a satisfacer las necesidades de la población estudiantil en materia de educación superior y dentro de este marco de su política se encuentra el compromiso de ofrecer carreras orientadas a dar respuesta al rezago social<sup>2</sup> (Santiago y Gómez, 2009: 5). En particular, la crisis de los modelos médicos asistenciales como el modelo médico hegemónico (MMH)<sup>3</sup> motivó que se pensara en un espacio formativo en el área de la salud en la UACM, que con un modelo innovador, diera respuesta formal a los determinantes sociales con una orientación basada en promoción de la salud como sistema de soporte social donde se

---

<sup>1</sup> La fecha del período de impartición del diplomado en promoción de la salud fue proporcionada por el profesor-investigador David García Cárdenas quien actualmente pertenece a la academia de Promoción de la Salud en la UACM, quien fue egresado y profesor de dicho diplomado en la UAM-X.

<sup>2</sup> En el Distrito Federal (DF), en el año de 1982 estudiaban licenciatura 192 mil 999 alumnos en escuelas y universidades públicas y 42 mil 446 en privadas, es decir, 82 y 18%, respectivamente. En 1999 estaban inscritos 207 mil 109 en instituciones públicas y 113 mil 890 en escuelas del sector privado, o sea, 64.5 y 35.5 %. Esto significa que en 18 años la matrícula de las instituciones de educación pública creció en el DF 6.8 %, mientras la del sector privado se incrementó 168.3% (López, 2006: 3).

<sup>3</sup> El MMH comenzó a ser cuestionado en la década de los 60's, y la crítica alcanzó su máxima expresión en los 70's. Las críticas al modelo surgieron inicialmente en los países capitalistas centrales debido al aumento del costo de atención de la enfermedad, al aumento constante del consumo de fármacos, y en particular, de sustancias nocivas para la salud; los cambios del perfil epidemiológico evidencian la eficiencia limitada de la práctica médica, aunado al descubrimiento del mantenimiento de la desigualdad social, a partir de analizar y comparar la tasa de mortalidad en los estratos más bajos. Para entender el último caso, recomiendo analizar el artículo de Asa Cristina Laurell, *La salud enfermedad como proceso social*, 1982. Estas son sólo algunas de las razones que originaron que los modelos médicos asistenciales entraran en crisis (Méndez, 1990:111,112 y 113). Con respecto a países de América Latina, las críticas al MMH se enfocaron hacia el estancamiento en el descenso de las tasas de mortalidad en la década de los 60's, el agravamiento de problemas de infraestructura básica y el incremento de viejos problemas de salud-enfermedad.

fuera construyendo a lo largo de la misma los siguientes conocimientos, habilidades y actitudes:

### Perfil del egresado de la licenciatura en PS

Al término de sus estudios el egresado habrá adquirido los siguientes conocimientos, habilidades y actitudes:

Conocimientos	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Materias básicas para el conocimiento del ser humano: Química, Anatomía, Fisiología, Psicología y Nutrición.</li><li>✓ Teorías epistemológicas y socioeconómicas para la comprensión de la realidad social.</li><li>✓ Factores condicionantes y de riesgo para la salud integral del individuo y de la comunidad en general.</li><li>✓ Metodologías de la investigación social, educativa y de salud pública.</li><li>✓ Paradigmas y tecnología educativa.</li><li>✓ Diagnóstico, políticas y planeación sobre necesidades y problemas que inciden en la salud integral de individuos y grupos como espacio de integración profesional.</li></ul>
Habilidades	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Promoverá la participación e integración en cada una de las acciones a realizar de todos y cada uno de los individuos, grupos, instituciones y comunidad en general, con quienes se realicen acciones concretas o generales para llevar a cabo las tareas relacionadas con la promoción y educación para la salud.</li><li>✓ Diseñará y desarrollará modelos de intervención para la prevención, atención, resolución o rehabilitación de problemas específicos que afecten a la salud integral de los miembros de la comunidad.</li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Participará en el fortalecimiento de la promoción de la salud comunitaria con la creación de ambientes saludables y contribuirá a reorientar los servicios de salud hacia la equidad, la calidad y la prevención.</li> </ul>
Actitudes	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Mantendrá una actitud de servicio.</li> <li>✓ Será autocrítico y abierto a la crítica.</li> <li>✓ Contará con una formación humanística.</li> <li>✓ Tendrá responsabilidad para aplicar sus conocimientos y habilidades en materia de salud integral en lo individual y en lo colectivo.</li> <li>✓ Mostrará aceptación y colaboración en grupos de trabajo con sectores interinstitucionales e interdisciplinarios.</li> <li>✓ Fomentará los valores que conforman y distinguen al ser humano.</li> </ul>

Fuente: (Santiago y Gómez, 2009: 19)

Aunque la licenciatura en PS en nuestro país es un campo relativamente nuevo cuenta con importantes antecedentes. El historial sobre las distintas prácticas y herramientas en promoción de la salud ha contribuido a definir y trabajar sobre este nuevo espacio de conocimiento. Desde épocas antiguas la promoción de la salud se ha abordado tal vez de manera implícita, ya que el término como tal no existía y las prácticas mucho menos eran consideradas como de promoción de la salud. Fue el suizo Henry Sigerist<sup>4</sup> uno de los primeros autores en hablar de promoción de la salud en 1946, al considerar esta rama de trabajo dentro de las tareas esenciales de la medicina. El autor rescata que: *“la salud se promueve proporcionando condiciones de vida decentes, buenas condiciones de trabajo, educación, cultura física y formas de ocio y descanso”* (Sigerist, 1946 apud Czeresnia, 2006:21).

<sup>4</sup> Médico e historiador radicado en Norteamérica desde la década de los años 30, fue fundador de la escuela moderna de análisis sociológico de la historia de la medicina. Realizó su actividad de investigación y docencia en la Universidad John Hopkins; tuvo una visión temprana de la medicina soviética y la tarea de su difusión en el mundo occidental; inició las corrientes de la medicina social en Estados Unidos.

Años antes, en los llamados pueblos primitivos, el hombre prehistórico no hacía referencia al término y práctica de 'promoción de la salud', pero atribuía el origen de la salud-enfermedad a sus creencias y prácticas como: el hechizo nocivo, la infracción de un tabú, la penetración mágica de un objeto en el cuerpo, la posesión por espíritus malignos y la pérdida del alma (Colomer, 2001:5). El empleo de amuletos protectores era el único método de prevención.<sup>5</sup>

En la Grecia antigua hacia 1250 a.C, por ejemplo, la salud-enfermedad aparece expresada en mitos y creencias, ya que se le encargaba a una diosa a la cual se le tenía que rendir tributo. Es el caso de Hygieia, que sería posteriormente conocida en la Roma clásica como Salus, divinidad del bienestar, considerada como la protectora de la salud, simbolizando la creencia de que las personas podían mantenerse sanas si vivían de acuerdo con determinados preceptos de higiene (Ibíd). Los griegos se convirtieron en elitistas en las prácticas de salud-enfermedad (Restrepo, 2001:17) porque las recomendaciones de vida en torno a estas prácticas se trasmitían sólo para los aristócratas ricos, y los esclavos no recibían la información acerca de prácticas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Los griegos llegaron a realizar exageradas recomendaciones de salud-enfermedad entre su grupo cercano a tal grado que en ese tiempo Platón calificó que: el cuidado perpetuo de la salud parecía otra enfermedad.

Con los romanos se conservaron los principios higiénicos tomados de los griegos y los egipcios. Médicos como Plutarco planteaban la creencia de que el trabajo era fuente de salud: *"el hombre en buena salud no puede tener un objeto mejor que dedicarse a las numerosas actividades humanas... La pereza no es saludable... y no es verdad que la gente inactiva es más sana"* (Plutarco apud Sigerist, 1941 apud Restrepo, 2001:17). Otra de las creencias de los romanos se basaba en que el excesivo cuidado del cuerpo era inútil y que llevaba a una orientación afeminada.

---

<sup>5</sup> En este caso no eran dioses sino brujos o hechiceros los que causaban las enfermedades y la muerte, no se trataba de castigo divino sino de resentimiento, envidia u odio humano, que por medio de ciertos ritos lograban dañar a alguien. Se sabe que los brujos que causaban enfermedades eran los únicos que podían curarlas. Existían consejas sobre la relación entre ciertas plantas y algunos padecimientos, como la flor omixóchitl, que no debía olerse, pisarse u orinarse porque salían hemorroides, o la flor cuetlaxóchitl, que producía trastornos ginecológicos. Ciertos animales se relacionaban con las enfermedades o la muerte, como el tecolote se decía que: "cuando el tecolote canta el indio muere" (León, 1993:556).

Durante el Cristianismo se reaccionó contra el cuidado del cuerpo, y se exaltó al espíritu como el principal elemento de la salud; se hacía alusión a que no eran necesarias dietas ni ejercicios para mantener la salud sino el bautismo. El cuerpo era el vehículo para llegar al alma, así que en la Edad Media, se generó un espacio para la higiene colectiva; el baño jugó un papel importante en esta corriente ya que era necesario en la conmemoración de la resurrección por lo que en los monasterios existían baños de vapor para los peregrinos (Restrepo, 2001:18).

Los siglos XV y XVI, época del Renacimiento, se caracterizaron por la lenta aplicación de los principios de salud-enfermedad de la antigua Grecia. Sin embargo, para efectos de la promoción de la salud fue positivo el movimiento renovador en el arte y la literatura. Por ejemplo, a partir de Leonardo da Vinci el cuerpo dejó de ser visto como instrumento de pecado.

En el siglo XVII el descubrimiento más trascendental en el campo de la salud-enfermedad fue el microscopio.<sup>6</sup> En el siglo XVIII, se realizó la importancia tanto de la salud física como de la salud mental. Esto determinó que se tomarán acciones encaminadas a promover ambas; pero los movimientos que se dieron fueron opuestos, por una parte se impuso una corriente absolutista, autoritaria, que consideraba que la protección de la salud le pertenecía al Estado, con la creación de sus políticas.<sup>7</sup> La otra corriente se basaba en la filosofía de la Iluminación, propia de este periodo de la Ilustración, que se concentraba en el individuo y percibía al hombre “como bueno, racional y como el único que podía cambiar su situación pero ignorante porque no se le daba el conocimiento necesario; en cambio el Estado era corrupto instrumento de tiranía y opresión” (ibíd: 19).<sup>8</sup>

En el siglo XIX se presentaron varios adelantos científicos que culminaban los estudios y descubrimientos del siglo XVII y XVIII ya que se definía el estudio de la medicina clínica, la microbiología, la patología, la fisiopatología y la medicina preventiva. Lo relevante para este trabajo de investigación, es que en este tiempo surgen nuevos acontecimientos que

---

<sup>6</sup> El origen del microscopio es incierto, pero se habla de que fue inventado hacia los años 1610, por Zacharias Janssen, aunque es posible que Hans Lippershey el padre de Zacharias fabricará el primero, pero Zacharias Janssen fuera quien con el tiempo asumiera el control y conocimiento de éste.

<sup>7</sup> Un exponente de este movimiento fue Johann Peter Frank, médico Alemán. De su labor científica, además de la docente, destaca su aportación al campo de la higiene. Considerado como el iniciador de la higiene moderna, su obra sobre la curación de las enfermedades ejerció enorme influencia en la formación de los médicos europeos.

<sup>8</sup> El principal exponente de este movimiento fue Jean-Jacques Rousseau, filósofo suizo quien escribió en 1755 el *Discurso sobre el origen de la desigualdad entre los hombres*. En 1762, Rousseau intenta articular la integración de los individuos en la comunidad y las exigencias de libertad del ciudadano.

contribuyen a una percepción distinta en el área de salud-enfermedad con respecto a lo que había ocurrido en los siglos anteriores, por ejemplo, se relaciona la filosofía con la salud, se utilizan conceptos de medicina social y se toma conciencia sobre las relaciones entre el estado de salud de una población y sus condiciones vida (Ibíd: 20).

En los años setenta del siglo XX, la promoción de la salud comenzó a ser explícita ya que tanto en México como en otros países se originaron algunos documentos y conferencias con respecto al trabajo en el tema. Los participantes dentro de este campo eran miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que trabajaban sobre nuevas herramientas y estrategias con el objetivo de llevar a cabo una promoción de la salud eficiente.

El primer y más antiguo documento que forma parte de esta serie de conferencias de promoción de la salud es el Informe Lalonde (1974) que rescata básicamente cuatro determinantes de la salud-enfermedad: el primero es el componente de biología humana, que incluye la herencia genética de la persona, los procesos de madurez y envejecimiento así como los diferentes órganos y aparatos internos del organismo. El segundo es el ambiente que relaciona todos los factores externos al organismo humano y sobre los cuales las persona tiene poco o ningún control, por ejemplo, lo dañinos que pueden ser algunos alimentos, cosméticos, mecanismos del abastecimiento del agua, la contaminación del aire, del agua y del suelo, los ruidos ambientales y la propagación de enfermedades transmisibles. El tercero de estos determinantes es el componente de estilos de vida, el cual representa las conductas que ejerce el individuo con relación a la salud-enfermedad. El último determinante que se rescató dentro del Informe Lalonde fue la organización de la asistencia para la salud, que consiste en la cantidad, calidad, disposición, índole y relaciones entre las personas y los recursos en la prestación de la atención a la salud (Czeresnia, 2006:27).

La motivación central del Informe Lalonde parece haber sido política, técnica y económica, pues apuntaba a enfrentar los costes crecientes de la asistencia médica al mismo tiempo en que se apoyaba en cuestionar el abordaje exclusivamente médico para enfermedades crónicas debido a los resultados poco significativos que aquella presentaba (ibíd).

El segundo evento más significativo que siguió a la divulgación del Informe Lalonde tuvo lugar en el año de 1978 con la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata,<sup>9</sup> donde se hizo la “Declaración de Alma-Ata” que trajo un nuevo

---

<sup>9</sup> Antes de la declaración de Alma-Ata y después de la conferencia del Informe Lalonde, se encuentra la conferencia de *Prevención y salud: interés para todos*. Department of Health and Social Security en Gran Bretaña (DDSS) en el año 1976. Seguido de la conferencia: *Salud para todos en el 2000 en la 30ª Asamblea*

enfoque para el área de la salud, teniendo como propósito: salud para todos en el año 2000. Para ello se recomendó la adopción de un conjunto de ocho elementos esenciales: "educación, diversión y control; impulso del suministro de alimentos y nutrición adecuada; abastecimiento de agua y saneamiento básico apropiados; atención materno-infantil, incluyendo la planificación familiar; inmunización contra las principales enfermedades endémicas infecciosas; prevención y control de enfermedades endémicas" (Ibíd: 29).<sup>10</sup>

Pero no fue sino hasta el año de 1986 cuando se nombró oficialmente la Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, con la llamada "Carta de Ottawa", la cual en la actualidad es considerada como la más destacada en la historia de la promoción de la salud, en ella se contemplan cinco grandes áreas estratégicas: la primera consiste en construir políticas públicas saludables, la segunda se refiere a crear entornos favorables (ambientes físicos, sociales, económicos, políticos y culturales), la tercera habla de la importancia de fortalecer la acción comunitaria, la cuarta se refiere al desarrollo de habilidades y aptitudes y la última, aborda la reorientación de los servicios de salud (ibíd: 32)<sup>11</sup>. Oficialmente con la Carta de Ottawa se define a la promoción de la salud como:

*La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario" (Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, 1986).<sup>12</sup>*

La carta además, establece como requisitos indispensables (o factores determinantes) para la salud los siguientes elementos:

---

*Mundial en Salud en el año 1977.* Estas sólo las menciono sin abordarlas a profundidad pues sólo busco rescatar las conferencias y documentos que han tenido un poco más de relevancia (Ibíd: 25).

<sup>10</sup> En 1979 se encuentra la Conferencia de *Población Saludable*/ el documento de la oficina europea de la Organización Mundial de la Salud (OMS): 38 metas para la salud en la región Europea (ibíd).

<sup>11</sup> Para la explicación de cada uno de los campos de acción que rescata la Carta de Ottawa, se recomienda leer el libro: *Promoción de la salud: conceptos, reflexiones, tendencias*; específicamente el primer capítulo de Paulo Marchiori.

<sup>12</sup> En el mismo año de la Carta de Ottawa (1986) se suman dos documentos a esta área, el primero es *Alcanzando salud para todos: un marco de referencia para la promoción de la salud*, informe del Ministerio en Salud de Canadá y el segundo, *Promoción de la Salud: estrategias para la acción, 77ª Conferencia Anual de la Asociación Canadiense de Salud Pública*. En 1987 se da el lanzamiento por la OMS del proyecto Ciudades Saludables.

- ✓ Paz
- ✓ Vivienda
- ✓ Educación
- ✓ Alimentos
- ✓ Ingresos
- ✓ Ecosistema estable
- ✓ Recursos sostenibles
- ✓ Justicia social y equidad

Como Segunda Conferencia oficial siguió la "Declaración de Adelaida", realizada en Australia en 1988 donde primordialmente se definió a la política saludable como aquella que se dirige a crear un ambiente favorable para que la gente pueda disfrutar de una vida saludable (Restrepo, 2001:27). Para ello se identificaron cuatro áreas prioritarias de acción inmediata en políticas públicas saludables: apoyo hacia la salud de la mujer, alimentación y nutrición, tabaco y alcohol y creación de ambientes favorables.<sup>13</sup>

En el año 1991 se realizó en Sundsvall/Suecia la Tercera Conferencia oficial de promoción de la salud, la cual tuvo como tema central los ambientes favorables para la salud. La conferencia divulgó la importancia de incorporarse al desarrollo de ambientes físicos, sociales, económicos y políticos (ibíd) con el objetivo de que las personas de distintas organizaciones y gobiernos de todas partes del mundo se reunirán activamente en el desarrollo de estos para trabajar en la salud de los distintos grupos. En esta conferencia se rescatan cuatro aspectos para la generación de ambientes favorables (Czeresnia, 2006:36): el primero abordaba la dimensión social, que incluye la manera por la cual las normas, costumbres y procesos sociales afectan a la salud; esto se ejemplifica con el creciente aislamiento social, la pérdida de significados y de valores tradicionales. El segundo aspecto que se aborda es la dimensión política que establece la importancia de que los gobiernos den garantía a la participación democrática, así como al compromiso de los derechos humanos. La dimensión económica es la tercera, en ella se señala la importancia de fijar plazos con referencia a los recursos para un desarrollo sostenible en

---

<sup>13</sup> A la Declaración de Adelaida, le sigue en el mismo año la reunión internacional promovida por la OMS: *Reflexiones a medio camino*. Reunión internacional promovida por la OMS sobre promoción de la salud en países de desarrollo. En 1989 se publicó *Una llamada para la acción*, documento de la OMS sobre la promoción de la salud en países en desarrollo. El año de 1990 trae *la Cumbre Mundial de las Naciones Unidas sobre el niño* en New York.

tecnología segura y adecuada. Y la última dimensión, es la capacidad y el conocimiento de las mujeres, con ella se busca que la mujer sea reconocida en los sectores político, económico, social, cultural e ideológico.

En 1997 surge la Cuarta Conferencia oficial en la que se elaboró la “Declaración de Yakarta” sobre promoción de la salud (ibíd: 39), la cual enfatiza el surgimiento de nuevos determinantes de la salud como: los factores transnacionales, la integración de la economía global, los mercados financieros y el comercio, el acceso a los medios de comunicación, y se retoma también el medio ambiente, ya mencionado desde la Conferencia de Lalonde. La meta que se plantea dentro de esta conferencia es prolongar las expectativas de salud y reducir las diferencias entre países y grupos a partir de promover la responsabilidad social con la salud, renovar las políticas públicas saludables y aumentar las inversiones en el desarrollo de bienestar, es decir, defender el incremento de los recursos hacia el campo de la salud, consolidándolos y expandiéndolos entre los diferentes sectores de gobierno y de la sociedad; aumentando de esta forma la capacidad de la colectividad, lo que implica capacitación para el liderazgo y acceso a los recursos; y por último, asegurando la infraestructura para la promoción de la salud.

En México se llevó a cabo la Quinta Conferencia internacional de promoción de la salud en el año 2000, en ella se consideró a la promoción de la salud como un deber primordial y una responsabilidad de los gobiernos; se realizó una recapitulación de los años pasados en el que se encuentran importantes mejoras sanitarias y progresos en la prestación de servicios de salud en muchos países del mundo, pero se ubicó que, a pesar de esos progresos, aún persistían muchos problemas de salud que entorpecían el desarrollo social y económico y que, por tanto, deberían abordarse urgentemente para fomentar la equidad en el logro de la salud y el bienestar. Se reconoce que es urgente abordar los determinantes sociales, económicos y medio ambientales de la salud y que esto requería de mecanismos reforzados de colaboración para la promoción de la salud en todos los sectores y en todos los niveles de la sociedad. Finalmente, en dicha conferencia se concluyó que la promoción de la salud debe ser un componente fundamental de las políticas y programas de salud en todos los países, en la búsqueda de la equidad y de una mejor salud para todos.

La Sexta Conferencia generó los documentos más recientes entre los cuales está la “Carta de Bangkok” (2005). La Carta destaca las transformaciones de la salud mundial y los problemas que hay que superar para alcanzar sus objetivos. Brinda una nueva

orientación para la promoción de la salud preconizando políticas coherentes, inversiones y alianzas entre los gobiernos, las organizaciones internacionales, la sociedad civil y el sector privado, a fin de asumir cuatro compromisos fundamentales, a saber: que la promoción de la salud constituya una pieza clave de la agenda de desarrollo mundial, que sea una responsabilidad básica de todos los gobiernos, que forme parte de las buenas prácticas institucionales, y que sea un foco de iniciativas de la comunidad y de la sociedad civil.<sup>14</sup>

Mi formación académica dentro de la licenciatura en PS y la presente revisión histórica. Me dejó entender dos cosas primero, que la UACM atiende la necesidad de que en México es necesario profesionalizar a nivel licenciatura y convertir la educación en un derecho universal y no sólo para unos cuantos; de lo segundo que me doy cuenta es que la universidad con su enfoque innovador percibe que ya no es necesario sumar el número de matrículas (profesionales) bajo una formación académica de un modelo neoliberal puesto ese tipo de línea entiendo que es incapaz de dar respuesta y trabajar en los principales problemas que aqueja a la sociedad.

En particular, considero que la formación en la licenciatura en PS contribuye a lo anterior, es decir, a que sus egresados adopten herramientas que fortalezca la perspectiva crítica hacia la sociedad, a partir de persuadir y contextualizar temas como: clases sociales, determinaciones en salud, relaciones de poder, modos de producción, entre otras, para el quehacer explícito e implícito en el campo de promoción de la salud.

### **Planteamiento del problema**

Existe una gran discusión entre los estudios que abordan los fenómenos de los procesos y problemas de salud-enfermedad puesto que proponen diferentes perspectivas y planteamientos teórico-metodológicos sobre la manera de abordar su objeto de estudio.

Lo relevante de esta discusión es que involucra de manera directa a la sociedad que busca la solución a los problemas de salud-enfermedad, rastreando ya sea sus causas biológicas, o bien desde un contexto más amplio, las causas políticas, sociales, económicas, culturales e ideológicas que los provocan; en particular al profesional en el área de la salud-enfermedad puede vérselo como el más involucrado, ya que tiene la

---

<sup>14</sup> Recientemente se celebró la quinta Conferencia Latinoamericana y cuarta Conferencia Interamericana de Promoción de la Salud y Educación para la Salud, en la Ciudad de México, del 10 al 13 de abril de 2012.

oportunidad de realizar estudios o propuestas a los problemas del proceso salud-enfermedad (PSE) que tal vez en el futuro se conviertan en un referente para la creación de políticas sociales en particular para las de salud.

Analizar estas dos diferentes perspectivas (su forma de abordaje, los resultados de sus investigaciones y sus propuestas), permite crear una visión mucho más amplia y transdisciplinaria de los PSE, con el objetivo de acercarse a su realidad de tal forma que tengan nuevas estrategias de solución y los problemas que conllevan sean resueltos de manera más equitativa y humana.

El eje central de la licenciatura de PS<sup>15</sup> consiste en abordar los PSE desde diferentes miradas que permitan comprenderlos no sólo desde la perspectiva estructural-funcionalista, sino también desde visiones que utilizan herramientas como lo social y lo histórico como es el caso de la perspectiva socio-histórica y las relaciones pedagógicas para la reflexión, herramienta base de la perspectiva emancipatoria.<sup>16</sup> La utilización de estas herramientas impacta en la visión sobre los procesos y problemas de salud-enfermedad, así como en las prácticas y toma de decisiones de quienes se profesionalizan en la licenciatura de PS.

Esta licenciatura busca formar profesionales en la promoción de la salud con una perspectiva transdisciplinaria, capaces de identificar, diseñar y desarrollar estrategias o modelos dirigidos a mejorar las condiciones de vida de los diferentes colectivos, a través de acciones que eleven el nivel de conocimientos, habilidades, estructura de valores y conductas en relación con los problemas de salud-enfermedad en la sociedad.

Lo anterior tiene que ver con lo importante que es para la UACM formar profesionistas con una visión social no sólo desde la licenciatura en PS sino desde todas las áreas. A partir

---

<sup>15</sup> La licenciatura en PS puede verse como práctica o como corriente metodológica y movimiento internacional que busca cambios estructurales dentro de la sociedad en el ámbito de la salud. Como movimiento Internacional inicia formalmente en 1984 con la Conferencia de Ottawa, Canadá. (Ver página 10).

<sup>16</sup> La perspectiva emancipatoria, al igual que las perspectivas estructural-funcionalista y socio-histórica, es revisada durante la licenciatura en PS. La profesora - investigadora Ma. Consuelo Chapela Mendoza, de la UAM-X, es una de las principales autoras en explicar y dar teoría a la perspectiva emancipatoria dentro de la PS. La perspectiva emancipatoria no será explicada en este trabajo, por el abordaje amplio que implica ya revisar los dos objetos de estudio, aunque la perspectiva emancipatoria también juega un papel primordial para crear una visión crítica en torno a la forma de percibir y solucionar los problemas de salud-enfermedad.

de su creación en el 2001, la UACM ha sido una institución destinada a formar individuos con un perfil humanista, científico y crítico interesados por su realidad social.

Por mi parte, con este trabajo de investigación no sólo busco analizar la discusión entre las perspectivas estructural-funcionalista y socio-histórica, sino también crear un debate entre los profesionistas en el área de la salud-enfermedad acerca de este tema.

La comparación de estas dos perspectivas resulta inevitable, ante lo cual surgen las siguientes preguntas: ¿Cuáles son las fortalezas teóricas y metodológicas de cada una? ¿Cuáles son sus problemas teóricos y metodológicos? También resultan otras preguntas orientadas hacia la identidad del profesional de la PS como: ¿Qué tan importante es para el estudiante en la licenciatura de PS manejar este tema (Análisis de dos perspectivas para el estudio de los procesos y problemas de salud-enfermedad en el campo de Promoción de la Salud?) ¿Qué contribución deja esta investigación para el estudiante de esta profesión y para otros profesionales que se desarrollan en el área de salud-enfermedad?

## **Objetivos**

### Objetivo general

- Analizar los aportes teórico-metodológicos de las perspectivas estructural-funcionalista y socio-histórica que explican los procesos y problemas de salud-enfermedad para que en la práctica el profesional en salud enriquezca la corriente teórica/metodológica de la Promoción de la Salud.

### Objetivos particulares

- Indagar los aportes de la perspectiva estructural-funcionalista que explican los procesos y problemas de salud-enfermedad desde un punto de vista de las ciencias naturales.
- Revisar los aportes de la perspectiva socio-histórica que explican los procesos y problemas de salud-enfermedad desde el punto de vista de las ciencias sociales.
- Estudiar como las diferentes disciplinas que se despliegan de la perspectivas (estructural funcionalista y socio-histórica), se complementan para explicar de

forma interdisciplinar los procesos y problemas de salud-enfermedad en la sociedad.

### **Justificación**

Las asignaturas de Promoción de la salud I y II llevan a reflexionar por escrito sobre algunos planteamientos e ideas de forma que el aprendizaje se construye dialécticamente entre la teoría y el pensamiento de cada estudiante. Esa forma de trabajo me parece fecunda, por ello desarrollaré este trabajo bajo ese modelo de reflexión escrita con el objetivo de descubrir qué ha dado origen a cada planteamiento e idea de las perspectivas teóricas que se analizan en esta investigación, así como cuestionar los propios planteamientos e ideas, para construir mi propia percepción y elaboración crítica de los procesos y problemas de salud-enfermedad.

Este trabajo tiene dos cuestiones en particular por las cuales ha surgido, a mi modo de ver, las dos con la misma importancia:

La primera de ellas es que busco que esta investigación contribuya al análisis de conceptos teórico-metodológicos de dos de las perspectivas que se abordan en la licenciatura en PS como son: la perspectiva socio-histórica y la estructural-funcionalista, para que así los estudiantes interesados en ingresar a esta carrera, o quienes se encuentran en los primeros semestres de la misma, inclusive las personas que desconozcan la licenciatura, puedan acercarse y visualizar una buena parte de su perfil. El enfoque teórico de la licenciatura en PS a veces resulta complejo de entender, por ser un campo de conocimiento transdisciplinario, pues se estudian a la par las ciencias naturales (enfoque de la perspectiva estructural-funcionalista) y las ciencias sociales (categoría de la perspectiva socio-histórica). Ubicar al estudiante en esa doble área de conocimiento tiene el propósito de reconocer y desarrollar las habilidades y estrategias con las que cuenta un profesional de PS que conoce de dos y más perspectivas al abordar el campo de la salud-enfermedad.

Mi propia experiencia como estudiante en esta profesión me llevó a vivenciar los cuestionamientos en torno al papel y crédito que juega el promotor de la salud y la misma UACM en la sociedad, por lo que decidí analizar y difundir el planteamiento transdisciplinario del perfil del promotor de la salud en el presente trabajo.

La segunda razón de la elaboración de esta investigación es que al cursar la licenciatura se descubre la gran importancia que tiene para los diferentes colectivos realizar investigaciones a base de modelos que tengan un nivel explicativo mayor, ya que al rescatar lo político, económico, social, y cultural-ideológico en cada grupo, se comprende que la sociedad tiene formas distintas de enfermar y morir; es esta la razón primordial que como profesionista me lleva a abordar la perspectiva socio-histórica, es decir, buscar que la salud-enfermedad deje de ser vista meramente como un problema de alteración fisiológica y se le contemple desde un contexto más amplio. Es importante subrayar que en ningún momento pienso dejar de lado la perspectiva estructural-funcionalista puesto que la misma cuenta con explicaciones que están bien fundamentadas y son útiles para atender los procesos y problemas de salud-enfermedad.

Pero la reflexión sobre la licenciatura deja entender que el objetivo es que se trabaje sobre nuevas perspectivas que expliquen la realidad en la que vive cada colectivo y a partir de esa nueva visión se puedan proponer políticas que mejoren las condiciones de vida en los distintos colectivos.

### **Ejes analíticos<sup>17</sup>**

- La salud es un complejo y dialéctico fenómeno atravesado por distintas corrientes metodológicas que van desde los aspectos únicamente biológicos hasta la relación que existe entre la salud y lo social, lo histórico, lo económico, lo cultural e ideológico; inclusive, involucra otras perspectivas que consideran aspectos como los niveles de poder y adquisición de capitales en los distintos colectivos.
- Para estudiar el fenómeno salud-enfermedad se requiere de un estudio complejo y dialéctico de salud, por lo tanto, se precisa estudiar tanto las ciencias naturales como las ciencias sociales.
- Las ciencias naturales y las ciencias sociales contribuyen a la construcción del conocimiento con diferentes aparatos teóricos, métodos y enfoques.
- Conocer la salud desde distintas concepciones enriquece la explicación de los procesos y problemas de salud-enfermedad.

---

<sup>17</sup> Fue posible construir cada uno de los ejes a partir de la formación en la licenciatura en PS.

- Lo anterior contribuye a que la acción de los profesionales en el área de la salud se enfoque en que los distintos colectivos desarrollen sus capacidades humanas y fortalezcan sus niveles de salud.
- Los niveles de análisis para el estudio de los procesos y problemas de salud-enfermedad se clasifican en: individual, poblacional y colectivo.
- La promoción de la salud como campo o práctica social requiere de la transdisciplinariedad para explicar los fenómenos de salud-enfermedad.

## Capítulo 2. Marco teórico-referencial

### Origen de las ciencias sociales y naturales

Como reseña, el marco teórico-referencial de esta investigación está construido por dos diferentes apartados: el primero aborda el origen de las dos diferentes perspectivas, es decir, la perspectiva estructural-funcionalista y la perspectiva socio-histórica;<sup>18</sup> mientras que el segundo apartado hace referencia a los conceptos centrales de Sociedad, Estado, Políticas sociales, Políticas de salud, Sistema de salud y Proceso salud-enfermedad que cada perspectiva sostiene.

Me parece rescatable hacer mención que este capítulo se basa en rescatar las perspectivas teóricas y metodológicas de cada uno de los paradigmas revisados, tratando de ser neutral sin hacer crítica hacia una u otra puesto el objetivo de este capítulo es contruir conocimiento y aprendizaje de cada una sin llevarlas al debate y sin pretender hacer explícito lo que muchas veces durante mi formación académica logré persuadir, es decir, remeter contra alguna de ellas sin conocerlas a profundidad. Aunque quiero esclarecer mi formación dentro la licenciatura me dejó tener un acercamiento a éstas y visualizar y entender el nivel de explicación que sostiene cada una ante los procesos y problemas de salud-enfermedad. Por ello es que mi postura crítica la haré explícita en el último capítulo.

Como mencioné en el primer párrafo, antes de revisar los conceptos centrales de cada perspectiva, retrocederé un poco en la historia para comprender el desarrollo, usos, semejanzas y divergencias entre cada una de éstas; lo que significa que iré buscando el origen de cada una de las perspectivas.

Al abordar documentos tales como *Problemas en la conceptualización de la práctica médica* (Tetelboin, 2001), *Las ciencias sociales y la salud: un diverso y mutante campo teórico* (Briceño, 2003) y *Salud y sociedad. Aportaciones del pensamiento latinoamericano* (López y Peña, 2006). Los tres autores manifiestan que la introducción de las ciencias

---

<sup>18</sup> Algunos contenidos que pertenecen a los antecedentes de este trabajo de investigación son retomados sobre todo para dar explicación al origen de la perspectiva estructural-funcionalista. Particularmente acontecimientos del siglo XVII, XVIII y XIX.

sociales en el campo de la salud en la posteridad de la Segunda Guerra Mundial<sup>19</sup> a partir de los años cincuenta permitió percibir y buscar resolver los problemas de salud-enfermedad de manera distinta.

Por su parte, las ciencias naturales ya en ese tiempo tenían una larga historia en la que su teoría y metodología eran el eje para resolver los problemas de salud-enfermedad. Tan es así, que la expansión de las prácticas médicas hegemónicas sobre las comunidades proviene de larga data; históricamente este modelo comienza a configurarse entre 1890 y 1940, a partir de un paradigma sustentado en los avances de la bacteriología (Méndez, 1990) donde toma gran fuerza el método de la experimentación y la comprobación. Haciendo una comparación de la magnitud de las prácticas hegemónicas, baste mencionar que ya desde el año 1817, cuando se inició la primera pandemia de cólera,<sup>20</sup> se comenzó aplicar el método científico para enfrentar el problema de salud. En la

---

<sup>19</sup> Las operaciones militares de la Segunda Guerra Mundial (1939-1945) afectaron a un área mucho más amplia que la que había sido escenario de la primera (1914-1918); la cifra total de las víctimas sólo se calcula que superó los cincuenta millones de personas, en su mayor parte europeos. Los territorios que no se vieron directamente afectados fueron África subsahariana y el continente americano en su totalidad, lo que no significó que este último quedará ajeno al conflicto. Los países de América Latina presentaron con esta guerra algunos obstáculos, por ejemplo, en las actividades de la industria ligera y de los bienes de consumo, los productos latinoamericanos no podían aguantar la competencia internacional y por ende no podían encontrar más mercado que el suyo interno, restringido y débil (Procacci, 2007). Menciona Giuliano Procacci, que con esta guerra "la humanidad había tocado fondo, y ahora se quería volver a la vida, se extendía la conciencia de que ello no sería posible mediante la mera vuelta a la normalidad, sino mediante un cambio en la organización en la sociedad y en las mismas relaciones internacionales" (ibid: 305).

<sup>20</sup> De la primera pandemia de cólera no se encuentra registro del país donde se presentaron los primeros brotes, sólo se aborda que el instrumento de propagación de la enfermedad fueron las movilizaciones que existían por tierra y mar de las tropas inglesas; existen registros de que se extinguió en el invierno de 1823-1824. La segunda pandemia se presenta en 1826, donde países como Rusia, Turquía, Inglaterra, Estados Unidos, Cuba y México fueron algunos de los países involucrados; pero el brote que afectó a un mayor número de personas fue el de China en el año de 1940. En esta pandemia el científico John Snow realizó y publicó sus observaciones con respecto a la sintomatología, la transmisión y prevención del cólera. La tercera pandemia se presentó en los años de 1848-1862, fue una de las más mortíferas donde países del continente europeo y americano se vieron afectados. La cuarta pandemia se ubica entre 1864-1875 donde países de Asia, América, África y Europa presentaron casos de cólera, esta pandemia motivó a realizar las primeras Conferencias Sanitarias Internacionales. La quinta pandemia se encuentra entre 1883-1896, volvió a atacar a los mismos lugares con igual gravedad, aquí se comprendió la importancia del agua como vehículo de transmisión, por eso se tomaron otras medidas preventivas como el aislamiento de personas, la filtración de agua, prohibición de los mercados públicos, entre otras; el científico Robert Koch, fue enviado a Hamburgo en particular a analizar la situación que sucedía con el grupo de los obreros; mencionó que no había encontrado nada peor que las condiciones en que vivían los trabajadores. La sexta pandemia surge entre 1899-1923, afectó a Asia, África el sudeste europeo y la Rusia Europea. La séptima pandemia involucró a gran cantidad de países. Se inició en Indonesia en 1961, y terminó en los países latinoamericanos en 1991, en todo este tiempo se definió el patrón epidémico como *V.choleare* y se confirmaron varias hipótesis como que: el agua potable y la instalación de drenaje son las mejores defensas, y la información dirigida a la población es de suma importancia (Kumate, 1993).

actualidad, después de más de un siglo, cuando las epidemias se creían parte del pasado se presenta el virus de influenza AH1N1,<sup>21</sup> donde el método y teoría que predomina para resolver los procesos y problemas de salud-enfermedad sigue fundamentado desde las ciencias naturales.

Para conocer un poco de la historia de las prácticas hegemónicas, la medicina se divide en tres épocas: la premicrobiana, la microbiana y la postmicrobiana. Menciona Barquín, (2002:2) que la importancia de esta clasificación es que permite apreciar de manera general la evolución que ha tenido la concepción causal de la enfermedad. Es decir, a finales del siglo XIX y principios del XX, los procesos y los problemas de salud-enfermedad comenzaron a ser concebidos de manera lineal (causa-efecto): las alteraciones fisiológicas o el conocido desequilibrio homeostático se convertían en las únicas causantes de la enfermedad y muerte en los diferentes colectivos. La condición económica, política, social e ideológica, en la que se desenvolvía cada colectivo no era considerada para dar explicación a los procesos y problemas de salud-enfermedad puesto que se idealizaba la universalidad entre los colectivos, esto es, se basaban en la tesis de que los diferentes grupos enferman y mueren sólo por causas biológicas que se presentaban de forma cosmopolita en la sociedad.<sup>22</sup> Ya entonces el sujeto colectivo comenzaba a ser el único culpable o responsable de su salud-enfermedad, y se le estandarizaba a base de modelos de promoción de la salud como el de estilos de vida o el higiénico-preventivista.<sup>23</sup> Se le sugería llevar acciones como estandarizar el peso y talla a través del índice de masa corporal (IMC), estandarizando los niveles de glucosa y triglicéridos en sangre, o bien, utilizando los requerimientos nutricionales a partir del "plato

---

<sup>21</sup> El virus de la Influenza AH1N1 fue una de las primeras pandemias del siglo XXI, detectado en México a partir del 23 de abril de 2009, este virus fue sometido al método científico, para descubrir cuáles eran las características y componentes biológicos en un primer momento; y posteriormente dar la explicación biológica sobre qué había producido el llamado virus de influenza AH1N1 y poder así combatirlo una vez que ha sido experimentado, observado, cuantificado, etc.

<sup>22</sup> Desde la perspectiva estructural-funcionalista no se considera que existan diferentes grados de desarrollo y formas de organización social que determinan la presencia de enfermedades infectocontagiosas o crónicas degenerativas en los distintos grupos. Para ampliar este punto se recomienda analizar una vez más, el artículo: *La salud enfermedad como proceso social*, de Asa Cristina Laurell, 1982.

<sup>23</sup> Los modelos "estilos de vida" e "higiénico-preventivista", se ubican dentro de la perspectiva estructural-funcionalista puesto utilizan categorías conceptuales y metodológicas semejantes. Las diferentes perspectivas son en realidad el nivel macro de la licenciatura pues el análisis de cada una de éstas y su comparación tiene el propósito de crear una perspectiva crítica sustentada en la profundidad que el estudiante realiza con respecto a los procesos y problemas de salud-enfermedad en diferentes contextos, para así tomar acciones de promoción de salud basadas en perspectivas de búsqueda de igualdad, equidad y decisión entre los diferentes colectivos.

del bien comer” en distintos programas.

Regresando a las etapas de las prácticas médicas hegemónicas, explicaré en qué consiste cada una de ellas. La era premicrobiana concebía al ambiente como la causa de la aparición de la enfermedad, en consonancia con la ignorancia biológica y la atribución mágico-religiosa del proceso. La era microbiana (1848-1981) se inicia con Louis Pasteur, Robert Koch y Emil Behring y abarca el periodo de gran avance científico para determinar los aspectos causales de la enfermedad.<sup>24</sup> La era posmicrobiana corresponde a un periodo más reciente y consiste en un retorno a la concepción multicausal de la enfermedad (Barquín et.al, 2002:2).

A partir de todos estos descubrimientos (Benítez, 2007:103), el médico, al estudiar clínicamente a sus enfermos, le dio más importancia al signo que al síntoma; ya no le interesó lo que le decía el enfermo, si no lo que él escuchaba gracias a un aparato. Por ejemplo, la evolución del microscopio permitió atribuir las causas de la enfermedad a los microbios, y los descubrimientos realizados en bacteriología e inmunización provocaron que las relaciones de poder entre el médico y paciente se dieran de manera asimétrica, donde el médico ahora subordinaba al paciente, y el paciente se convertía en una especie de objeto que ahora sería sometido a experimentación y por tanto, observado, cuantificado, etc., hasta en el más mínimo detalle de su organismo y comportamiento, con el objetivo de descubrir cuál era la causa biológica que llevaba de la salud a la enfermedad.

Finalmente, María Vergara (2007:44) plantea que los avances propiciados por las ciencias naturales, influyeron de manera significativa en la concepción de salud-enfermedad, de tal forma que para el diagnóstico, el tratamiento y el control de la salud-enfermedad primaron los criterios de objetividad y validez planteados por los positivistas, y el interés se centró en las relaciones de deducibilidad entre los enunciados, a partir de los cuales se describen observaciones, se refutan o confirman leyes, hipótesis o teorías.

---

<sup>24</sup> A pesar de que en ese periodo ya existían un sinnúmero de contribuciones con respecto al descubrimiento del microscopio que hizo Zacharias Janssen en 1610, esta era contribuyó con los más importantes descubrimientos científicos, por ejemplo, los nuevos descubrimientos de Louis Pasteur apoyaron a que el microscopio se convirtiera en una innovación mucho más precisa. Los experimentos con el microscopio llevaron al reconocimiento de los seres vivos como causantes de la enfermedad, esto se convirtió en una contribución de la perspectiva estructural-funcionalista en la explicación de los procesos y problemas de salud-enfermedad (Restrepo, 2001:19).

Antes de continuar analizando a las ciencias naturales y las ciencias sociales es importante definir a cada una de éstas para comprender el origen de los objetos de estudio.

Según su etimología, la palabra 'ciencia' significa lo mismo que la palabra 'conocimiento', aunque actualmente se utiliza la palabra 'ciencia' para referirse sólo al conocimiento sistematizado, validado y aceptado. La ciencia se define por el objeto teórico que le interesa, el cual está constituido por un aparato conceptual construido sistemáticamente para explicar los objetos reales que dicha ciencia se propone analizar (Barquín et.al, 2002: 34).

En lo que se refiere a las ciencias sociales, éstas se definen como mezclas variables de saber y de ideología, donde cada una de ellas ha verificado cierto número de hechos, los ha escrito y clasificado; y en el mejor de los casos, ha establecido correlaciones constantes entre ciertos aspectos de esos hechos (Pierre, 1981:13).

Desde la perspectiva socio-histórica se hace hincapié en que las ciencias sociales se caracterizan por no permitir "La construcción de un sistema de generalizaciones abstractas, ni tienden a oscurecernos la comprensión interpretativa de la significación cultural e histórica de los hechos particulares de la sociedad" (Weber, 1981 apud Solís, 2002).

Con respecto a las ciencias naturales, y en particular la rama de la biología en el libro *Historia de la biología comparada*, dentro del prólogo del mismo, se habla que la biología se enfoca al estudio de la diversidad biológica y a las explicaciones a ésta; esencialmente trabaja en la distribución de las propiedades biológicas en el mundo orgánico. Por ejemplo la Sistemática y la Biogeografía estiman los patrones de relación genealógica y espacial de los organismos; así, ofrecen un sistema de referencia natural para constatar todas las clasificaciones necesarias y posibles en la biología. Con base en el sistema de referencia de otras disciplinas biológicas analizan los procesos causales que producen los patrones de distribución de entidades biológicas, subunidades o partes de ellas (Papavero y Llorente, 2004).

Dando continuidad a la explicación del origen de estas dos grandes ramas científicas, en las ciencias sociales se habla de que el uso de los conocimientos sociales por parte del personal médico puede trasladarse mucho antes del siglo XX, pero el desarrollo de las ciencias sociales era muy escaso y tenía una precaria formalización. A inicios del siglo XX, las ciencias sociales existían en las universidades de unos pocos países de Europa y en Estados Unidos (Wallerstein, 1996 apud Briceño, 2003:34); pero los desarrollos teóricos eran muy limitados.

A pesar de lo anterior, el interés por las condiciones sociales y ambientales que podían generar la enfermedad traía preocupación entre los médicos, por ello existía la inquietud de dar una explicación que fuera más allá de lo meramente biológico. Según menciona este autor el interés estaba asociado al poco desarrollo de la medicina y de la tecnología médica. El planteamiento que realiza es que: “ese médico humanista o con perfil epidemiológico más completo que se ocupaba de lo social, lo hacía un tanto por la sensibilidad que iba asociada al compadecerse del sufrimiento del otro enfermo, como por las propias limitaciones que tenía el tratamiento médico” (ibíd).

Puede resultar confuso el vínculo entre las ciencias sociales y el ámbito de la salud-enfermedad, pues en el contexto en el que se viven los procesos y problemas de salud-enfermedad se les encuentra más bien relacionados con aspectos biológicos. Justamente creo que este es uno de los grandes desafíos con los que se enfrenta la misma licenciatura de PS, luchar porque los procesos y problemas de salud-enfermedad dejen de ser vistos solamente como consecuencia de un desequilibrio homeostático, y se conciban como resultado de la forma de organización social, la desigualdad económica y los entornos culturales e ideológicos en los que se desenvuelve cada colectivo. Este punto lo retomaré en el capítulo cuatro donde realizo un análisis de ambas perspectivas centrándome por ahora en el surgimiento de las perspectivas estructural-funcionalista y socio-histórica.

Desde la teoría, Roberto Briceño, Mario Bronfman y Elssy Bonilla (1998) señalan que las ciencias sociales dentro de la medicina tienen acciones muy marcadas, y por lo tanto cuatro diferentes fines.

El primer fin es un modo de conocer una realidad nueva o de explicar, socialmente, una

determinada realidad epidemiológica. Es decir, la salud-enfermedad, “desde una perspectiva comprensiva de la cultura en los estudios antropológicos o desde las condiciones macrosociales o históricas por los sociólogos, descubrir y comprender un abordaje diferente de la relación salud-enfermedad, o de las formas de curación, como la desarrollada por la etnomedicina, con fines meramente descriptivos de una nueva realidad que puede causar asombro, pero no indignación”.

El segundo fin es, “contribuir a la eficacia de los sistemas de salud. En este caso no se procura comprender los orígenes sociales de la relación salud-enfermedad, sino de contribuir a mejorar los sistemas de salud bien sea a partir de la persuasión de las personas, en un estilo de trabajo social, para que aceptasen los tratamientos o medidas preventivas; o desde una perspectiva de la sociología de las instituciones, mejorando los procedimientos o estructuras de las organizaciones de salud”.

El tercero, se refiere a un modo de criticar la sociedad, su objetivo es político, pues la premisa es que no se trata de comprender la realidad sino de transformarla, se parte del hecho de que la salud-enfermedad está determinada socio-históricamente, el fin es demostrar con la investigación que las enfermedades son la evidencia de una sociedad injusta, los estudios cuando son microsociales recurren a explicaciones macrosociales, y las causas inmediatas de explicación se substituyen por las causas últimas. Haciendo referencia un poco más a la licenciatura, esta tercera explicación es el objetivo que tiene la perspectiva socio-histórica, que como ya se habló en un principio, es abordada en la licenciatura de promoción de la salud por autores como: Carolina Tetelboin, María Cecilia Donnangelo, Asa Cristina Laurell y algunos otros, con una visión socio-histórica que explican los procesos y problemas de salud-enfermedad, involucrando lo histórico, las clases sociales y las formas de producción dentro de la multicausalidad de las enfermedades.

El último fin no trata de criticar a la sociedad, sino al conjunto de ideas y símbolos que sustentan esas prácticas, y lo hacen pretendiendo deconstruir o desmitificar estos saberes con el uso de la semiología o las técnicas de análisis de discursos” (Briceño, Bronfman, y Bonilla, 1998:2).

Con todo lo anterior puedo comprender que relacionar las ciencias sociales con aspectos

de salud-enfermedad contribuye a valorar que los procesos y problemas de salud-enfermedad son muy complejos de entender por su carácter dialéctico, pero que de alguna forma verlos desde la perspectiva socio-histórica permite acercarse a la realidad de cómo se originan estos procesos y problemas en cada grupo; inclusive podría hablarse de que es una perspectiva ambiciosa, porque considera a todo un contexto político, económico, social, cultural e ideológico, pero con todo ello busca resolver una situación que involucra a toda la sociedad, es decir, la salud-enfermedad.

Es importante señalar que la base conceptual de los planteamientos médico-sociales es la concepción de ser humano: “que se define y se diferencia de otras especies por su capacidad de apropiarse de la naturaleza, a partir del trabajo y, en ese proceso, crearse y transformarse a sí mismo desde la cultura y las relaciones sociales” (López y Florencia, 2006:88). Por otra parte, en textos de ciencias sociales se habla de que: “Desde que el hombre buscó la ayuda de otros hombres, ya sea para cazar, defenderse o reproducirse, en ese momento surgió el ser social” (Anda, 1994:25).

Volviendo a la explicación de las ciencias sociales en el siglo XVIII y XIX, se generaron tres dogmas fundamentales que, de una u otra forma, han influido enormemente en la praxis de la teoría social. El primero de estos rescata que: para el estudio de la sociedad, debe existir un método en particular mediante el cual los expertos de estas disciplinas lleven cabo su trabajo. El segundo, postula que este método es como una receta que trata de dar explicación a la sociedad, y que se diferencia en aspectos primordiales del método empleado por los científicos naturales, por ejemplo, en la percepción y utilización de categorías conceptuales y metodológicas, y sus variables.<sup>25</sup> El último, dice que entre el método propio de las ciencias sociales y el de las ciencias naturales existen grandes diferencias que deben ser respetadas para no violentar el objeto de estudio (Topitsch, 1980 apud en Salas, 2006:52).<sup>26</sup>

Por mi parte considero que a estas dos ciencias —naturales y sociales— no se les puede analizar por separado pues cada una de ellas nos lleva de inmediato a compararla con la otra; por la diferencia metodológica y sus opuestas categorías conceptuales. Sin

---

<sup>25</sup> Las categorías conceptuales y metodológicas se encuentran en el anexo II del presente trabajo.

<sup>26</sup> Se pudo investigar que para una discusión detallada de los problemas que se anuncian con estos tres dogmas, existe la obra clásica (lamentablemente no traducida al español) de Topitsch, E., 1980.

embargo, hasta el momento no es posible asegurar el anterior planteamiento, sino hasta haber analizado a profundidad cada una de estas ciencias.

Para tratar de explicar el papel que juegan las ciencias sociales Fougeyrollas Pierre (1981), rescata sus ideologías, y Heinrich (1965 apud en Salas, 2006) postula elementos fundamentales de las ciencias sociales, haciendo referencia en las diferencias con las ciencias naturales.

1. La sociedad ha producido saberes y formas de hacer más o menos ligados entre sí; la sociedad capitalista del siglo XVI al XVII, produjo además una actividad tecnocientífica, cuyo aspecto teórico es la ciencia moderna.
2. “Carlos Marx estableció, en 1845, que el criterio de la verdad científica no sólo es un criterio de coherencia interna de los enunciados teóricos, ni siquiera un criterio de verificabilidad por la experimentación, si no que reside en la unidad de la teoría y la práctica sobre la base de la práctica, lo que confirma, al nivel más abstracto, las teorías de los grupos y de los conjuntos en matemáticas y toda la epistemología propia de las ciencias de la naturaleza” (Pierre, 1981). “Las ciencias naturales se valen de un método empírico (natural), mientras que las disciplinas culturales emplean un método histórico. Lo característico del método natural radica en la pretensión de legalidad de sus preconceptos, es decir, en una validez generalizadora; mientras que lo propio del método histórico es su naturaleza singular o individualizadora” (Heinrich, 1965, apud Salas, 2006:53). Las ciencias naturales apelan al conocimiento puramente fáctico, mientras que las sociales apelan a lo deductivo.

Comparto la idea de Heinrich, 1965 ( apud Salas, 2006) sobre que la división entre estas dos ciencias podría reflejar el contraste de intereses cognoscitivos que hay entre un científico natural y uno cultural; es decir, unos se preocupan y ocupan de la realidad humana e histórica y otros de la realidad física

Se recalca lo ya planteado por Aristóteles (Habermas, 1988 apud en Eder y Adúriz, 1998: 9) en el sentido de que “las diferentes formas de ciencia no sólo emplean distintos modos de razonamiento” sino además sirven a distintas clases de interés mediante el

conocimiento creativo o constitutivo. Esto es interesante considerarlo ya que con ello se entiende por qué algunos profesionistas en la área de la salud-enfermedad se orientan hacia la perspectiva estructural-funcionalista, o bien, a la perspectiva socio-histórica.

Por otra parte, en lo particular, la historia del desarrollo de las ciencias sociales -menciona Mariana Ravanet (2003)-, marcó pautas que repercuten hoy día en el papel que juegan éstas para el progreso de la sociedad, ya que en el siglo XIX las ciencias sociales se desgajan de las ciencias humanistas y de las naturales, asumen la tradición positivista (cuantitativa), en su interés por estudiar la sociedad del presente con el mayor grado de "objetividad" y en función de la permanencia de la sociedad capitalista naciente. Desde entonces, la tendencia de la actuación cognoscitiva de la sociología ha sido la de clasificar, explicar, generalizar y deducir, ejercicios propios de la investigación cuantitativa, aun cuando sus investigaciones, incorporaran métodos cualitativos, sobre todo para el análisis. En esta actuación, ha primado una razón instrumental o justificativa, en la que los medios de investigación se adecuan a los fines teóricos o hipotéticos, y a los objetivos de la dirección de la sociedad (Ravanet, 2003).

En las ciencias naturales, Blanca Jiménez menciona que ningún científico o filósofo pone en duda la relación entre la teoría y la investigación, ya que desde su perspectiva ambas están estrechamente vinculadas, se condicionan y enriquecen mutuamente, participando en el progreso científico, y claro está, porque en este momento las perspectivas que se apoyan de las ciencias naturales han tomado gran fuerza y se han posicionado en un nivel mayor que el resto de las otras maneras de hacer ciencia (Jiménez, 1994:10)

Resume Gabriel Zanotti (2003 apud Yacuzzi) apoyándose en algunos autores, que las dificultades epistemológicas descubiertas al interpretar la historia de las ciencias naturales son: a) la ciencia depende de presupuestos meta-físicos; b) la ciencia no puede probar con exactitud, tampoco puede falsar o corroborar con exactitud; c) la ciencia no se maneja con hechos desnudos de interpretación, pues los supuestos hechos objetivos son interpretados desde la teoría que queremos testear; d) la ciencia depende de paradigmas históricos tan cercanos a la mentalidad del científico, que éste no los ve como tales; e) la ciencia, con conciencia de ello o no, corre el riesgo de la progresividad o no de esos paradigmas; f) la ciencia depende de audaces posturas que rompen reglas, más que seguirlas.

Por otro lado, Michael Ruse (1999 apud Kornblihtt, 2001:233) considera que dentro de las ciencias naturales existe un listado de valores epistémicos que según esto son deseables en toda teoría científica: precisión predictiva, coherencia interna y consistencia externa, poder unificador, fertilidad, simplicidad, elegancia y parsimonia.

La persistencia predictiva es quizás el carácter más relevante de toda teoría científica. No se trata de predecir eventos futuros como si se fuera adivino, sino más bien de predecir eventos actuales desconocidos hasta el momento del desarrollo de la nueva teoría. La coherencia interna significa que todos los elementos que forman el cuerpo de la teoría no deben contradecirse. Por otra parte, la teoría debe ser consistente con cuerpos científicos y leyes externos a la misma. Por ejemplo, la naturaleza química de la información genética (ADN) debe ser consistente con el segundo principio de la termodinámica. El poder unificador implica reunir elementos u observaciones que antes -se suponía- no estaban relacionados. La fertilidad reconoce la propiedad de toda teoría científica de abrir nuevos caminos, los cuales, a su vez, posibiliten nuevas teorías y predicciones. Simplicidad, elegancia y parsimonia, son valores deseables pero que deberían encuadrarse entre los no epistémicos por el alto grado de subjetividad en su definición.

Para terminar de dar el abordaje en concreto de las ciencias naturales, Bunge (1975 apud Gómez, 2004) establece un amplio abanico de características de las ciencias naturales y de los elementos que identifican al conocimiento científico.

- El conocimiento científico es fáctico: parte de los hechos, los respeta hasta cierto punto y siempre vuelve a ellos.
- El conocimiento científico trasciende los hechos: descartar los hechos, produce nuevos hechos y los explica. El conocimiento científico racionaliza la experiencia en lugar de limitarse a describirla, formulando hipótesis y teorías.
- La ciencia es analítica. La investigación científica, al estudiar los objetos los descompone para ver claramente sus elementos integrantes y sus interdependencias. La ciencia no ignora la síntesis, pero rechaza la pretensión irracionalista de que la síntesis puede ser aprendida por una intuición especial, sin previo análisis.

- La investigación científica es especializada. La ciencia está dividida en sectores, en cierta medida independientes. Pero a pesar de esta especialización, existe unidad metodológica.
- El conocimiento científico es claro y preciso. Evita, en la medida de lo posible, la vaguedad, la inexactitud y la superficialidad. Define claramente los conceptos y respeta esas definiciones. La ciencia utiliza lenguajes artificiales y simbólicos; busca la medición de los hechos.
- Un requisito esencial del conocimiento científico es su verificabilidad. Con el fin de explicar un fenómeno, el científico aventura conjeturas que deben ser puestas a prueba de forma empírica para probar su veracidad.
- La investigación científica es metódica; no es errática, sino planeada.
- El conocimiento científico es sistemático, en tanto una ciencia no es un agregado de informaciones inconexas, sino un sistema de ideas conectadas entre sí de un modo lógico.
- El conocimiento científico es general, ubica los hechos singulares en pautas generales y los enunciados particulares en esquemas amplios. Al científico no le interesan los hechos aislados si no es para generalizarlos, para hallar las características comunes, las cualidades esenciales y las relaciones con marchamo de uniformidad.
- El conocimiento científico es legal, se esfuerza en descubrir y aplicar leyes. La ciencia encuentra la esencia en las variables relevantes y en las relaciones invariantes entre ellas.
- La ciencia es explicativa, intenta explicar los hechos en términos de leyes y las leyes en términos de principios. Los científicos, además de saber cómo son los fenómenos, buscan sus causas.
- El conocimiento científico es predictivo, trasciende la masa de los hechos de experiencia, imaginando cómo ha sido el pasado y cómo puede ser el futuro. La predicción se fundamenta sobre leyes y sobre informaciones específicas fidedignas relativas al estado de cosas actual o pasado.
- La ciencia es abierta. El acervo de los conocimientos científicos no es irrefutable, cerrado y concluido, por el contrario, el conocimiento científico puede ser siempre refutado y así, hasta el principio más sólido puede ser sustituido.
- La ciencia es útil, busca la verdad y por ello la ciencia es eficaz para proveer herramientas para el bien o para el mal.

Concluyendo un poco el análisis de este primer apartado con referencia al origen de estas dos perspectivas Casanova (1967 apud Jiménez, 1994:11) relaciona respectivamente el estilo cuantitativo característico de las ciencias naturales y el cualitativo característico de las ciencias sociales; señalando que en el estilo cuantitativo el investigador cosifica las relaciones sociales y busca leyes naturales en el interior del conjunto social, en tanto que el estilo cualitativo humaniza las relaciones sociales y busca las leyes sociales que determinan el cambio de un conjunto a otro. Es decir, ambas ciencias tienen grandes divergencias entre ellas, lo cual las hace ser inconfundibles pues cada una tiene bien planteado cuál es su objeto de estudio al abordar los procesos y problemas de salud-enfermedad.

### **Conceptos centrales**

Abordaré el segundo apartado haciendo referencia a los conceptos<sup>27</sup> centrales de Sociedad, Estado, Políticas sociales, Políticas de salud, Sistema de salud y Proceso salud-enfermedad que cada perspectiva teórica sostiene.<sup>28</sup>

### **Sociedad**

Justamente al ubicar a la sociedad como el elemento clave de los procesos y problemas de salud-enfermedad encuentro en el artículo "Problemas en la conceptualización de la práctica médica" (Tetelboin, 1997) que la autora hace hincapié en que una de las importantes divergencias que lleva a planteamientos y teorías distintas sobre el proceso salud-enfermedad es la concepción de estructura social. Por ello me he dado a la tarea de investigar que desde la perspectiva socio-histórica la estructura de la sociedad, la constituyen los ámbitos: económico, político, cultural e ideológico. El carácter explicativo de la organización social se plantea a partir de las relaciones que establecen estos ámbitos con la naturaleza y, entre ellos, la transformación de las condiciones materiales de

---

<sup>27</sup> Para abordar cada concepto se utilizará como referencia a distintos autores revisados principalmente en las asignaturas de Salud Pública III y Sistemas de protección, asistencia y rehabilitación de la salud. Lo importante al plantear todos estos conceptos es que es posible construir una explicación amplia basada en la exposición y comprensión de los aprendizajes adquiridos durante los distintos cursos, y no sólo utilizando definiciones operacionales, para que posteriormente con la aplicación de la metodología de este trabajo sea posible explicar los resultados y sustentar mis conclusiones o reflexiones.

<sup>28</sup> El orden en que se presentan y definen los distintos conceptos responde al análisis previo que hice de ellos, el cual me permitió comprender que en la concepción de sociedad se encuentra inmersos dichos conceptos.

vida<sup>29</sup> determina su situación frente a los medios, instrumentos productivos, y al poder que tales relaciones de apropiación originan, formando grupos objetivamente diferenciables (Telletboin, 1997:499). Otro autor, Pierre Bourdieu (1992) desde esta misma percepción explica que la sociedad

...es el conjunto de relaciones de intercambio de capital que se lleva a cabo en el conjunto de los campos: En términos analíticos un campo puede ser definido como una red, una configuración de relaciones objetivas entre posiciones. Estas posiciones están objetivamente definidas, en su existencia y en las determinaciones que imponen a sus ocupantes, agentes o instituciones por su situación actual y potencial en la estructura de la distribución de especies de poder o capital cuya posesión obliga al acceso a las ganancias específicas que están a disposición en el campo de acuerdo con su relación objetiva con otras posiciones dominación subordinación, homología, etc. (*apud* Chapela y Cerda, 2010: 52).

Desde la perspectiva estructural-funcionalista, la sociedad es una totalidad, o sea un conjunto social compuesto por elementos inter-relacionados e interdependientes que contribuyen a la integración del sistema (Barquin et. al, 2002:35). Cercana a la visión durkheimiana, esta perspectiva define a la estructura social como el conjunto de modelos culturales normativos institucionalizados en el sistema e interiorizados en la personalidad de sus miembros, y otorga sustento teórico al mantenimiento del sistema capitalista como estructura social superior (Telletboin, 2007:493) donde la organización de la sociedad se concibe desde la teoría de la acción. Jürgen Habermas, explica dicha teoría y propone un modelo que permite analizar la sociedad como dos formas de racionalidad donde están en juego simultáneamente: la racionalidad sustantiva del mundo de la vida y la racionalidad formal del sistema, pero donde el mundo de la vida representa una perspectiva interna como el punto de vista de los sujetos que actúan sobre la sociedad, mientras que el sistema representa la perspectiva externa, como la estructura sistémica.<sup>30</sup>

---

<sup>29</sup> «Las condiciones materiales de vida» es uno de los conceptos centrales de la perspectiva socio- histórica, el cual cambia la forma de entender los procesos y los problemas de salud-enfermedad con respecto a la perspectiva estructural- funcionalista. Durante la licenciatura en PS en la asignatura de Salud Pública III, se realiza un amplio abordaje y análisis a las condiciones materiales de vida, y en síntesis, se entiende que las condiciones materiales de vida son: los recursos, bienes, valores y servicios que posee un colectivo.

<sup>30</sup> Me parece pertinente mencionar qué es lo que me hace ubicar a los autores desde una u otra perspectiva. Para ello me apoyé en la construcción del anexo II que respectivamente lo utilizaré para la aplicación de la metodología de este trabajo.

Revisando las dos percepciones sobre sociedad entiendo que desde la visión histórica la sociedad se percibe como un todo donde interviene un encadenamiento de elementos políticos, económicos, sociales, así como culturales e ideológicos, convirtiéndose en una apreciación compleja porque además, para la contribución de su explicación, es fundamental atender a dos cosas: el tiempo y el espacio en el que se desenvuelve cada colectivo; considero que estos factores contribuyen a que no exista una explicación o definición única sobre sociedad. Por otra parte, encuentro que al relacionar el concepto de sociedad con los procesos y problemas de salud-enfermedad, las prácticas y fundamentos de salud desde esta percepción se convierten en reflejo de explicaciones teóricas-metodológicas de la concepción social e histórica sobre sociedad, hecho mismo que sucede en la percepción estructural-funcionalista, esto es, la perspectiva que se tenga sobre sociedad será el referente para explicar y resolver los procesos y problemas de salud-enfermedad. En síntesis, de la visión funcionalista de la sociedad comprendo que ésta es explicada como una estructura que no cambia, la cual tiene ciertas funciones, es decir, es una especie de juego de ajedrez,<sup>31</sup> donde interrogantes como el tiempo y el espacio no son elementos para su explicación.

## **Estado**

Desde lo social e histórico, el Estado<sup>32</sup> se convierte en una forma de organización social soberana, coercitiva, formada por un conjunto de instituciones que tienen el poder de regular la vida sobre un territorio determinado, teniendo objetivos en la gestión pública y social (Tetelboin, 1997:506).

Michel Foucault, (1996) por ejemplo, en “La historia de la medicalización” séptimo capítulo de su libro *La vida de los hombres infantes*, al explicar la medicalización en la Alemania del siglo XVII, la Francia del XVIII, así como el sistema médico inglés a principios del capitalismo, define al Estado en cada caso. Por ejemplo, de Alemania menciona que el

---

<sup>31</sup> El juego de ajedrez considero que es un simulacro de lo que sucede en la sociedad desde la perspectiva estructural-funcionalista, es decir, existen tres elementos: uno, las estructuras representadas por el tablero de ajedrez; dos, las piezas de ajedrez simbolizan los colectivos e instituciones; y tres, los jugadores que son quienes tienen el poder de mover esas piezas, encarnarían a los dirigentes. Lo que sucede en el juego de ajedrez es parecido a la percepción de la sociedad desde lo funcional porque en el juego existen elementos que nunca cambian, está estratificado socialmente, hay un juego por el poder y lucha por el territorio.

<sup>32</sup> Carolina Tetelboin (1992) menciona que el concepto de Estado es relevante por el papel que históricamente ha desempeñado en la constitución de las sociedades y en las características de las prácticas de salud; hace referencia que el Estado capitalista moderno se asocia a dos modelos: el benefactor y el neoliberal.

Estado es un agente de prestaciones y actores sociales en donde primero se norma desde la institución, en este caso desde las universidades, para que así los nuevos médicos reproduzcan en el enfermo hospitalizado modelos higiénico-preventivos y de estilos de vida, que fortalezcan a los pueblos, con el fin de controlar las costumbres. En el contexto de Francia, el Estado es el conjunto de poderes señoriales con ideologías políticamente mercantilistas que buscaban el aumento de producción y población activa, para el beneficio de unos pocos. En el sistema inglés, el Estado controla y vigila a la clase más baja, para el crecimiento de capital económico a partir de la reproducción de la fuerza laboral que busca la obtención de plusvalía. Concluye con esto que el Estado es un agente de prestaciones que controla, vigila y norma conductas para homogeneizarlas y así evitar movimientos sociales (Foucault,1996).

Para Olivia López y José Blanco el Estado se convierte en el actor principal para cambiar el mercado en el principio articulado de la economía, pues no sólo crea las condiciones necesarias para la implementación del modelo neoliberal sino que destruye la base material y económica de otros proyectos de organización social, de esta forma, entiende al Estado como un espacio de condensación de una relación de fuerzas, como regulador de las relaciones sociales y factor de cohesión en una formación social (López y Blanco, 2004).

El Estado desde la perspectiva estructural-funcionalista es el regulador y mediador colectivo que busca evitar conflictos y tener el control dentro de las instituciones, reproduciendo una serie de discursos e institucionalizando, es decir, creando leyes (Frenk, 2003). La tradición weberiana, comparte esta idea de Julio Frenk, y explica que el Estado es el conjunto de instituciones que afirman controlar un territorio y una población por medio del monopolio de la fuerza legalizada. Esta noción de Estado resalta que éste cuenta con dos componentes básicos: el de territorialidad (o control de un espacio determinado) y el de sociedad (o comunidad organizada políticamente).

Para Ignacio Molina, (1998) el Estado es un concepto central de la Ciencia Política que designa la forma de organización jurídico-política por excelencia. Surge en paralelo a la idea de soberanía y, etimológicamente, supone la plasmación estática de ésta; es decir el Estado, sería la formalización de una autoridad permanente y pública que domina un espacio territorial cerrado.

Con la revisión anterior sobre el concepto de Estado considero que éste se define de acuerdo a la formación histórica pues siendo una organización política de relaciones sociales, se manifiesta como una totalidad institucional única que puede actuar de modo que produce modificaciones en su propio seno. Por ejemplo, en las políticas estatales se manifiesta el perfil del Estado en una determinada época, estas políticas condensan los procesos de hegemonización político-cultural que caracterizan un ciclo histórico en una determinada sociedad, condensando un conjunto de fuerzas sociales sobre una matriz estructural de dominación, la cual se inscribe en una racionalidad social dominante.

### **Políticas Sociales**

La política social "Constituye desde lo social e histórico una dimensión analítica que permite mostrar la orientación de la conducción pública del Estado y sus tendencias, en tanto su contenido expresa la forma como la sociedad resuelve, entre otros aspectos, la cuestión social" (Tetelboin, 1997; 507). Las políticas sociales generan por tanto la toma de posesión o postura frente a los problemas sociales. López y Blanco (2004:24) plantean que las políticas sociales se modifican y asumen un papel residual y subordinado a las directrices del modelo neoliberal. Se restringe en la acción pública a modelos asistenciales que se instrumentan a través de paquetes de servicios básicos, justificados desde una perspectiva tecnocrática.

Las políticas sociales desde la perspectiva estructural-funcionalista. Grassi (2003) considera que las políticas reflejan y racionalizan las pautas ideológicas dominantes, ya que una política es un conjunto de respuestas contradictorias, cambiantes, y diversas a un espectro de intereses políticos aborda las políticas sociales desde esta misma perspectiva definiendo a la política social como un tipo de políticas estatales de intervención social, que se orientan directamente a las condiciones de vida y reproducción de la vida de distintos sectores y grupos sociales. Se entiende a las políticas sociales como un conjunto de disposiciones legales y de acciones por parte de los poderes públicos definidas por el objetivo de la universalidad.

Creo que la noción fundamental es que los distintos colectivos, por el hecho de ser tales, tienen derechos igualitarios en torno a la existencia y la calidad de las políticas sociales,

con independencia de sus restantes atributos, como son: el sexo, el color de piel, la lengua, la cultura a la que se pertenece, y el poder económico y social. Entiendo que las políticas sociales se produce luego del reconocimiento de los derechos humanos, y para ello es indispensable que quien tiene poder político, social y económico acepte que el otro ser humano, tiene derechos a éstas.

## **Políticas en salud**

Las políticas en salud desde la percepción histórica son consideradas como tomas de posesión para identificar los problemas de salud-enfermedad, “que cargadas de determinados correlatos valóricos en función de la orientación política general y las características de las prácticas, especifican la continuidad o la ruptura de determinados modos de hacer salud” (Tetelboin, 1997: 508-509). Oliva López y José Blanco proponen que los ejes de transformación neoliberal de las políticas de salud en México se pueden identificar por: la recomposición financiera del sector, la centralización, la privatización selectiva de lo público rentable, el discurso tecnocrático, la selectividad y la focalización, así como la introducción de la lógica mercantil en las instituciones públicas, que llevan a las instituciones públicas de la salud y seguridad social a prefigurar en un orden mercantil en el sector (López y Blanco, 2007:27).

Las políticas en salud desde la perspectiva estructural-funcionalista se definen, en un sentido amplio, como aquellas directrices emanadas de uno o de varios actores públicos, que se imponen de forma específica a la práctica social con el carácter de norma para el colectivo y que directa o indirectamente afectan su salud, no sólo favorable sino desfavorablemente (Gómez et. al, 2004:7).

## **Sistema de Salud**

Desde la perspectiva socio-histórica los sistemas de salud se refieren a la práctica médica, y ésta, es un concepto teórico que expresa la respuesta social ante los procesos de salud-enfermedad; que en el modo de producción capitalista adquiere la forma del modelo médico hegemónico. Bajo esta perspectiva se tiene la hipótesis de que el sistema de salud se ve afectado por el marco de sistemas dictatoriales, que llevan a la pérdida de derechos sociales, concentración, elitización de la política y la economía o bien

privatización, que se produce bajo los gobiernos elegidos.

El sistema de salud desde la perspectiva estructural-funcionalista es la respuesta social organizada a las condiciones de salud de una población (Frenk y Gómez, 2008). Este sistema encierra múltiples dimensiones puesto que representa una fuente de diferenciación institucional en la sociedad, donde se absorben funciones antes desempeñadas por el individuo y la familia; además de ser un conjunto de organizaciones complejas con estructuras de autoridad sui generis, una fuente de empleo y de ingresos para los profesionales, administradores y técnicos; un punto focal para la innovación de la tecnología; el sitio donde el ciudadano entra en contacto personal con la ciencia; un vigoroso sector de la economía; una arena para la competencia política; una serie de significados culturales para interpretar el nacimiento y la muerte, así como el dolor y el sufrimiento; convirtiéndose en un espacio donde se formulan y responden varias preguntas éticas (Frenk, 2003:101). Julio Frenk explica que el mejor sistema de salud será aquel que tenga mayor capacidad de anticipar el curso de la transición epidemiológica para movilizar los recursos y producir los servicios que reduzcan las desigualdades y logren los mayores incrementos en los niveles de salud al menor costo.

### **Práctica Médica**

Desde lo social e histórico, la práctica médica es el "espacio teórico referido al conjunto de respuestas sociales, no sólo médicas, a los procesos de salud-enfermedad de una sociedad, espacio diferenciado y a la vez heterogéneo en el cual se establecen relaciones de hegemonía/subordinación entre las prácticas y los modelos que la integran y los sujetos en ellas involucrados" (Tetelboin, 1997: 505). Es decir, las prácticas médicas son el conjunto de prácticas hegemónicas y subordinadas que buscan resolver los problemas de salud-enfermedad que están determinados económica, política, cultural e ideológicamente. María Donnangelo (1976) explica que la práctica médica no corresponde a un fenómeno simple y lineal de aumento de un consumo específico, ya que existe una dinámica económica y política en la cual se expresan los intereses y el poder de diferentes clases sociales. Por su parte, Michel Foucault menciona que la práctica médica consiste en un modelo hegemónico y dominante que se ha reproducido durante siglos, que se caracteriza por normar las conductas, es decir, los estilos de vida; y por precisar a los diferentes grupos tomen medidas higiénico-preventivas con el objetivo de que cada

grupo esté inserto dentro de los modos de producción, para generación de capital económico que beneficiará a unos pocos, es decir aquellos que poseen los medios de producción.

La práctica médica desde la perspectiva estructural-funcionalista se hace explícita desde el objetivo de preservar la salud, entendida desde esta perspectiva como “el completo bienestar biosicosocial, y no sólo como la ausencia de enfermedad” (OMS,1946) utilizando así modelos higiénico-preventivistas y de estilos de vida. Es importante rescatar que la práctica médica desde este enfoque es un sistema que se guía únicamente a la curación atendiendo la causa biológica que ha provocado la alteración fisiológica en el hombre. Esto último es resultado de la concepción y explicación que esta perspectiva sostiene de que en la enfermedad existe una sola causa biológica y no un conjunto de determinantes como lo plantea la perspectiva socio-histórica.

### **Proceso de salud-enfermedad**

Un principio desde la perspectiva socio-histórica establece que la-salud-enfermedad, “es un proceso y que está determinado por las condiciones sociales que rodean al individuo, es decir, un sujeto colectivo será el producto del tipo de trabajo y la clase social a la que pertenece, en tanto la salud y la enfermedad van a depender de la clase social a la que pertenezca y a la inserción que el individuo colectivo tenga dentro de la producción” (Laurell apud Arellano, 1994: 89). Dentro de su teoría, la autora retoma que la naturaleza social del PSE no se verifica en el caso clínico sino en el modo característico de enfermar y morir de los grupos humanos; y para ello es importante considerar las diferencias en los perfiles patológicos a lo largo del tiempo, el grado de desarrollo y de organización social de cada sociedad, para de esta forma identificar las condiciones de salud en las diferentes clases sociales (Laurell, 1982: 52). Se habla que el PSE es una clara expresión de las condiciones materiales de vida (Breilh y Granda, 1982, Laurell, 1989 apud López Escudero y Carmona, 2008: 324). Los tres autores explican que el PSE está históricamente determinado e influenciado por las formas de organización social de los modos de producción. Por eso se convierte en un asunto que se encuentra en constante cambio y que expresa en la corporeidad humana el modo específico de apropiación de la naturaleza bajo una determinada forma de organización social.

El PSE desde la perspectiva estructural-funcionalista es explicado por Leavell y Clark en la segunda mitad del siglo XX. Para explicar el PSE utilizan el modelo llamado *Historia Natural de la Enfermedad*, que consiste en una serie de eventos sucesivos que se desarrollan libremente desde que un huésped (hombre) en estado de salud susceptible se expone a riesgos y condiciones que favorecen la unión con un agente agresor, sin la intervención de medidas que los interfieran, hasta la resolución del proceso o la muerte del huésped (Álvarez, 2002:116). Este modelo comprende tres periodos: el prepatogénico, el patogénico y el pospatogénico.

Prepatogénico: este periodo precede las manifestaciones clínicas y está conformado por las condiciones del huésped, las cuales representan los factores de riesgo que motivan el aumento de la susceptibilidad del individuo a la enfermedad. Los factores de riesgo pueden ser internos y externos. Los externos, están en el medio ecológico o dependen de las condiciones de los agentes productores de enfermedad; los internos son las condiciones genéticas, endocrinas, inmunológicas y anímicas del huésped (Ibíd).

Patogénico: esta fase se caracteriza por la respuesta orgánica del huésped ante el agente: es la enfermedad propiamente dicha. La interacción del agente y el huésped se realiza inicialmente en un plano subclínico (por debajo del horizonte clínico), y posteriormente se manifiesta por síntomas y signos que dependen de las condiciones y características del huésped y del grado de agresividad del agente. Esta respuesta depende también de la vía de entrada del agente, de su mecanismo de transmisión y de la cantidad del agente (ibíd: 117).

Pospatogénico: este periodo identifica por la restitución orgánica y funcional. En las enfermedades transmisibles, la persona afectada puede convertirse en portador, o sea, que conserva el agente productor de la enfermedad y lo elimina en forma constante o intermitente por un periodo variable convirtiéndose en la fuente ambulante de infección (Ibíd: 118).

## Capítulo 3. Metodología

### Descripción de la metodología

En este capítulo hago explícito la metodología utilizada, con el propósito de describir el método y herramientas manejadas. De manera particular, la metodología está basada en un método cualitativo que a través del análisis de discurso que sitúa los principios teóricos de cada perspectiva. Consiste en analizar diez artículos académicos de cada perspectiva, obtenidos a partir de la indagación de distintas bases de datos. Lo anterior es posible trabajarlo mediante la construcción de dos distintos cuadros el primero que rescata los aportes teóricos/metodológicos de la perspectiva estructural-funcionalista, y el segundo que aborda los mismos elementos pero ahora de la perspectiva socio-histórica. Continuado con el planteamiento de distintas estrategias para trabajar sobre el análisis de discurso de cada uno de los artículos seleccionados.

1. Decidí que para seguir analizando las teorías y metodologías de la perspectivas estructural-funcionalista y socio-histórica, y encontrar así las divergencias y similitudes, era necesario recurrir a casos concretos, es decir, a artículos académicos basados en cada perspectiva.
2. Para identificar en qué perspectiva se ubica cada artículo, revise con detalle mi marco teórico/referencial (apartados I y II), así como leí los capítulos, o textos completos de cada una de las citas y referencias bibliográficas ahí mencionadas. Con este ejercicio pude seleccionar dos listas de palabras clave y conceptos centrales con respecto a cada perspectiva que formarán parte del anexo I de esta tesis.
3. Una vez establecido lo anterior, se realizó la búsqueda de artículos en las bases de datos con las que cuenta la biblioteca de la UACM<sup>33</sup>, para: 1.) Investigar la forma de acceso, y manejo. 2.) Conocer los contenidos de cada uno de los sistemas de

---

<sup>33</sup> Me enteré de que la UACM tiene un acceso electrónico a distintas bases de datos, puesto que durante la búsqueda bibliográfica para esta investigación me di a la tarea de recurrir no sólo a libros, periódicos, revistas, etc., es decir, material tangible, sino que también busqué material electrónico que contara con fuentes de referencia de confiables. Considero que el acceso electrónico hoy en día se ha convertido en una herramienta indispensable que permite conocer no sólo el material que se encuentra en nuestro entorno, sino también el material que en ocasiones es difícil adquirir, por ello dentro de mi metodología el uso de este tipo de información se convirtió de gran utilidad.

referencias, para elegir cuáles de estos serían de utilidad, o en el caso contrario, recurrir a otra fuente o biblioteca.

4. Encontré que la UACM cuenta con siete bases de datos: EBSCOhost, Infolatina, Dialnet, Psycodoc, Magnaverum, CINDOC y Redalyc.
5. Exploré entonces el contenido y manejo de cada una de éstas, para seleccionar con cuales de ellas trabajaría. Así, al analizar cada una de estas bases de datos se decidió trabajar con: Dialnet, que comprende la mayor parte de la producción científica en español y la mayor cantidad de textos completos, revistas y tesis doctorales en español. Y Redalyc, que igual que la anterior, cuenta con información científica confiable en español, tanto en artículos como en textos completos.
6. Dentro del buscador de las dos diferentes bases de datos (Dialnet y Redalyc) tecleé la lista de palabras y conceptos del anexo I para realizar la búsqueda de los artículos de las dos diferentes perspectivas.
7. Con un primer acercamiento a los artículos de estas dos bases de datos me di cuenta de dos cosas:

primero, que aunque en los resúmenes sí se abordaban los contenidos del anexo I, algunos de ellos tenían una orientación muy inclinada hacia la psicología clínica u otros campos que yo no había explorado durante mi formación como universitaria. Por eso a conveniencia y con el objetivo de realizar un análisis profundo, elegí artículos sobre campos que me fueron relevantes en la licenciatura y que reforzaban mis conocimientos, seguí revisando los siguientes 20 artículos, hasta completar el número de artículos que necesitaba. Además consideré sólo artículos en español, con el objetivo de aplicar la lectura analítica y el análisis de discurso de los artículos seleccionados, sumado a lo anterior cabe señalar que no existió ningún criterio de antigüedad para los artículos, sin embargo la mayor parte de los artículos tienen una fecha de publicación reciente, es decir, no a mayor de 10 años de la fecha en la que se presenta esta tesis.

Lo segundo que descubrí es que las dos bases de datos contaban sólo con artículos inclinados hacia la perspectiva socio-histórica. Por ello fue necesario consultar otra

base de datos externa llamada Scielo, donde fue posible encontrar material relacionado con la perspectiva estructural-funcionalista. Y ahí apliqué los mismos criterios de exclusión e inclusión que en las dos bases de datos revisadas anteriormente, hasta complementar el número de artículos que necesitaba.

8. Los artículos elegidos fueron recabados a partir del siguiente proceso:

a.) Realizar una primera filtración que consistía en seleccionar los primeros 20 artículos que arrojará cada base de datos.

b.) El segundo filtro se basó en leer el resumen de cada artículo, para después comenzar a determinar en qué perspectiva se ubicaba cada artículo, utilizando como referente el anexo I.

9. Con la selección de los artículos construí un cuadro que forma parte del anexo II<sup>34</sup>. En este cuadro dispuse tres columnas que detallo a continuación: en la primera se enlistaron las categorías conceptuales de cada perspectiva. En la segunda columna<sup>35</sup> especifiqué las categorías metodológicas utilizadas por las diferentes perspectivas. Finalmente, en la última columna ubiqué las variables que utiliza cada perspectiva, para reconocer en qué sentido se encuentra cada uno de los artículos.

10. Con todo ello se analizó cada artículo y a la par se realizaron dos cuadros más (que conforma el capítulo 4) el primero, rescata los aportes teóricos/metodológicos de los distintos artículos ubicados dentro de la perspectiva estructural-funcionalista; el segundo, también rescata los aportes teóricos/metodológicos pero ahora de los artículos ubicados en el paradigma socio-histórico. Los dos cuadros se conformaron de la siguiente forma: en la columna uno se ubicó al autor y al país de dónde procede el artículo, en la dos el título del artículo y el nombre de la revista donde fue publicado el artículo, en la tres las palabras clave, en la cuatro el marco teórico-referencial en el que se ubica el artículo, en la cinco las variables que utiliza la publicación para ello se utilizó como referencia el anexo II, en la seis la metodología que sigue el artículo, en la siete los resultados a los que llega la publicación, y por último en la ocho las conclusiones que plantea el artículo.

---

<sup>34</sup> Parte del anexo II ya venía trabajándose con el segundo apartado del marco teórico-referencial.

<sup>35</sup> Las categorías conceptuales de la columna 3 y metodológicas de la columna 4 fueron rescatadas de la construcción del marco teórico/referencial.

11. Los distintos cuadros junto con una serie de estrategias me permitieron plantear una discusión sobre la forma de abordaje de cada perspectiva, donde me fue posible rescatar el análisis teórico/metodológico de cada una de las dos vertientes que estoy estudiando.

## Capítulo 4. Análisis y resultados

### Aportes teóricos/metodológicos de la perspectiva estructural-funcionalista

Autor/país/año	Título/revista	Palabras clave	Marco teórico-referencial	Metodología	Variables	Resultados	Conclusión/discusión o reflexión
García Hilda y Harlow Sloban/ México/2010	Cuando el coito produce dolor: una exploración de la sexualidad femenina en el noreste de México/ Revista de Salud Pública de México	Dispareunia; relaciones; sexuales sexualidad; violencia sexual; salud de las mujeres; México	Ciencias naturales	<p>Este artículo presenta su objetivo que consiste en determinar la prevalencia de dispareunia y los factores de riesgo asociados en población femenina en edades de 25 a 54 años.</p> <p>Después presenta el material y métodos que radicó en analizar la información de 1183 mujeres sexualmente activas que participaron en un estudio poblacional de tipo transversal en la ciudad de Hermosillo, Sonora. Para ello se revisaron la asociación entre variables de dispareunia, sociodemográficas, de antecedentes médicos y de violencia sexual; a partir de utilizar un método estadístico al que se le llama regresión logística múltiple.</p> <p>En seguida se presentan los resultados que se muestran de forma numérica, para ello utilizan distintos cuadros donde se comparan variables.</p> <p>Finalmente se presentan la discusión donde se muestran algunas propuestas que atienden a la resolución del objeto de estudio.</p>	Transición epidemiológica.	<p>La prevalencia de dispareunia durante el año previo a la encuesta fue de 12.3%. Se encontró que la dispareunia estuvo asociada con mujeres jóvenes de 25.34 años, antecedentes de enfermedades de transmisión sexual y enfermedad inflamatoria de la pelvis, infección urinaria crónica, colitis y violencia sexual.</p> <p>La edad promedio de inicio de los síntomas de dispareunia fue a los 29 años. La dispareunia fue reportada como un evento doloroso de intensidad moderada o severa en 46% de las mujeres con este trastorno.</p>	<p>Es urgente incrementar el escrutinio y la atención de la dispareunia en el contexto de los programas nacionales de salud sexual y reproductiva y en los servicios de atención primaria.</p> <p>Es necesario evaluar de manera más sistematizada indicadores de morbilidad ginecológica dado el posible efecto que éstos tienen en la calidad de vida de las mujeres.</p> <p>En el contexto mexicano se ha observado que morbilidades como la dispareunia, el dolor pélvico crónico, la dismenorrea y la incontinencia urinaria están afectando la calidad de vida de las mujeres en edad reproductiva dado que son una fuente de dolor, producen ansiedad y modifican la conducta sexual y social de las mismas.</p>
Wolpert Enrique/ México/2011	Día Mundial de las Hepatitis Virales/ Salud Pública de México	Hepatitis virales; enfermedad; transmisión; prevención	Ciencias naturales	En el artículo primero se desarrolla el planteamiento del problema el cual desenvuelve la idea de los tipos de hepatitis, los casos nuevos registrados de la misma y muertes por la enfermedad.	Estilos de vida: conductas saludables, no saludables.	Alrededor de 170 millones de personas en el mundo tienen hepatitis C en su forma crónica y cada año mueren aproximadamente 350 000 pacientes por esta enfermedad. Por ello,	

Continuación

				<p>En un segundo momento el artículo presenta como se diagnostica la enfermedad así como las medidas preventivas de los distintos tipos de hepatitis.</p> <p>Finalmente, el artículo presenta sus resultados en forma información cuantitativa, a partir de atender que el problema de salud es la enfermedad, es decir, la alteración fisiológica.</p>	<p>Tasas: mortalidad morbimortalidad etc.</p> <p>Estilos de vida: conductas saludables, no saludables.</p> <p>Transición epidemiológica.</p>	<p>en ausencia de una vacuna contra el virus de la hepatitis C, es de la mayor importancia detectar a los pacientes en sus fases tempranas cuando todavía es posible, con los tratamientos con los que contamos actualmente, y erradicar el virus antes de que se llegue a las formas avanzadas de cirrosis, insuficiencia hepática y cáncer. Esto es particularmente crítico en mujeres en edades cercanas a la menopausia, ya que algunos autores han demostrado que la menopausia en mujeres con hepatitis C se asocia con un estado proinflamatorio intrahepático que favorece la progresión hacia la fibrosis y disminuye la efectividad del tratamiento.</p>	
Brommet, Arnold et.al./ Colombia/ 2011	Atención primaria; Una estrategia renovada/ Revista Colombia Medica	Atención primaria; Sistemas de salud; Cobertura universal; Atención centrada en la persona.	Ciencias naturales	<p>En este artículo se hace una revisión que profundiza en los cambios establecidos por diferentes países con respecto al concepto y modo de implementación de la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) originada en Alma-Ata en 1978.</p> <p>Primero se plantea la situación actual con respecto APS (planteamiento del problema). Ubicando que el problema persiste en la baja cobertura, altos costos, inequidad, utilización inadecuada del talento humano y del recurso tecnológico; para esto se utilizan</p>	Ninguna		<p>Los sistemas de salud actualmente son un mosaico de combinaciones pero tienen en común que están presionados por los cambios demográficos, los recursos limitados y la globalización tecnológica.</p> <p>La mayoría de ellos miran como estrategias deseables la cobertura universal, la implementación de redes de atención sanitaria en regiones afectadas por la pobreza o la dispersión, la atención centrada en las</p>

Continuación

				<p>referente el gasto en salud a nivel mundial entre el año 2000-2005.</p> <p>Una vez que se describe el planteamiento del problema, se continúa explicando las estrategias que se están tomando para mejorar la APS. Que consiste en el logro de dar cobertura universal a toda la población, brindar una atención médico-paciente centrada en el individuo, promover unas políticas de salud pública que beneficien a toda la comunidad y ejercer una gobernabilidad nacional o regional concertada con todos los estamentos que influyan en los determinantes de salud de un individuo y su entorno.</p> <p>A estas estrategias se les llama pilares, y son explicadas a través de algunos esquemas.</p>			<p>personas y la mejora en la protección de la salud de sus poblaciones a través de políticas públicas sistemáticas y en salud.</p> <p>Esta nueva atención primaria diferente en sus estrategias pero no en sus principios a la creada hace 32 años en Alma-Ata, se constituye así en una poderosa herramienta social para crear estados con mayor equidad sanitaria, mayor eficiencia en el usos de recursos, mejores resultados en indicadores de salud y mayor satisfacción de la población prestataria y usuaria al ser cubiertas con calidad sus necesidades sanitarias.</p> <p>Finalmente, se concluye que con la aplicación de estas estrategias debe ser adoptada y ajustada según el contexto de cada país y a plazos no inferiores de 10 años.</p>
Lavielle, Pilar et. al./ México/2008	Conducta del enfermo ante el dolor crónico/ Revista de salud pública México	Conducta de enfermedad Dolor crónico Sistemas de atención México	Ciencias naturales	<p>Se comienza con un apartado donde se contextualiza a partir de rescatar qué es el dolor crónico, aquí se utiliza como referencia a Zborowski; además se aborda cuáles son los factores biológicos, psicológicos y sociales involucrados en la elección del paciente por el sector de atención en salud, todo lo anterior con el objeto de desarrollar el planteamiento del problema que según mi análisis éste consiste en como los factores ya mencionados influyen en la conducta del enfermo ante el dolor crónico.</p>	Estilos de vida: conductas saludables, no saludables.	La conducta de enfermedad estuvo determinada por la intensidad, discapacidad y creencias de las causas del dolor, recomendaciones de las redes de apoyo, la calidad y satisfacción con los sistemas de atención. En términos de toma de decisión, la primera opción fue acudir al sector popular, y a consultar al médico general, para finalmente acudir a un	La conducta de enfermedad es un proceso en el que se utiliza los diferentes sectores de la atención por parte de los mismos sujetos y que es determinado por el resultado de la atención brindada.

Continuación

				<p>Pero en particular para trabajar sobre su objetivo:</p> <p>Durante el año 2000 se realizaron entrevistas semi-estructuradas a 53 pacientes en una institución de tercer nivel de atención.</p> <p>De ahí se exploró su interpretación y respuesta inicial al dolor crónico y prácticas subsecuentes hasta sentirse satisfechos con el diagnóstico recibido.</p> <p>Dos aspectos se consideraron dentro de la entrevista: a) primero examino la percepción, interpretación y respuesta inicial al fenómeno del dolor, así como la utilización de los sectores de atención popular, tradicional o profesional; b)segundo, se indagaron también las practicas subsecuentes hasta la obtención del diagnóstico y sus prácticas sus prácticas subsecuentes, es decir, la secuencia de tratamientos utilizados número de veces y orden en que los pacientes asistieron a los sectores de la atención, y las razones del cambio de un sector a otro.</p>		<p>tercer nivel de atención con el especialista.</p> <p>55,8% de los participantes considero su condición como no grave y, por lo tanto, selecciono el sistema del sector popular para resolver su problema de salud; en este sector, la opción de "no hacer nada" fue utilizada por 25% (13) de los pacientes; 19,2% (10) de los pacientes trato su dolor con remedios caseros; la automedicación como última opción, utilizada por 11,5% (6) de los pacientes.</p>
Núñez Lilian M. et. al/ Colombia/ 2011	Cronología de una pandemia: la nueva Influenza A H1N1 en Bogotá, 2009-2010/ Revista de salud Pública	Gripe humana virus de la Influenza A, infecciones del tracto respiratorio vigilancia epidemiológica virus sincitial respiratorio, salud pública	Ciencias naturales	<p>Consistió en la realización de un estudio descriptivo retrospectivo en pacientes diagnosticados con Influenza A H1N1/09 entre abril 2009 y julio de 2010 en el Laboratorio de salud Pública de Bogotá D.C Para ello:</p> <p>primero se comienza haciendo un breve recuento histórico sobre las principales pandemias en el mundo del año 1580 hasta llegar al 2009.</p> <p>Después se sigue describiendo el proceso del estudio, lo que se realiza es una búsqueda</p>	<p>Transición epidemiológica.</p> <p>Estilos de vida: conductas saludables, no saludables.</p>	<p>Se confirmaron los primeros casos de Influenza A H1N1/09 desde la semana 17 de 2009; a continuación la positividad creció gradualmente, hasta manifestar su máxima expresión entre las semanas 31 a 36 de 2009 (43 % a 53 %), descendiendo a partir de la semana 37. Los grupos de edad más afectados fueron los de 6 a 15 años (35,4 %) y de 16 a 25</p>

Continuación

				<p>bibliográfica en la base de datos de laboratorio de salud pública y vigilancia epidemiológica en Bogotá para monitorear las enfermedades respiratorias presentadas entre las semanas de 17 de 2009 y 27 de 2010.</p> <p>Luego la información fue extraída para analizarla en una propia base de datos. Y construir distintas gráficas y tablas sobre la distribución de casos en el año 2009.</p>		<p>años (28 %).</p> <p>Durante el año 2009, el virus Influenza A H1N1 presentó un aumento significativo de casos; sin embargo, no modificó el comportamiento endémico del virus Sincitial Respiratorio. Por otra parte, el subtipo H1N1/09 reemplazó casi en su totalidad al virus estacional que tradicionalmente circulaba entre la población Bogotana y afectó en forma similar a hombres y mujeres, principalmente adultos jóvenes. El mayor predominio de casos se presentó entre los meses de agosto y septiembre de 2009.</p>	
<p>Etzeberria, Yarrima, et. al./ España/2002</p>	<p>Calidad de vida en pacientes con trastornos de alimentación/ Psicothema</p>	<p>Trastornos de alimentación Calidad de vida Alimentación Peso Percepción corporal Estado animo Personalidad</p>	<p>Ciencias naturales</p>	<p>Primero se realiza una revisión teórica sobre distintos estudios vinculados a los trastornos de alimentación por ejemplo, se revisó el estudio realizado por Keilen, Treasure, Schmidt y Treasure (Keilen, Treasure, Schmidt y Treasure, 1994). Las revisiones anteriores tienen el objetivo de mostrar las limitantes que existen en este tipo de estudios, para trabajar sobre esas, en el presente estudio.</p> <p>Se realizaron cuatro grupos focales con personas afectadas por un problema de alimentación, dos con familiares y uno con profesionales especializados en esta patología. Los grupos de pacientes se estructuraron según el diagnóstico (Anorexia Nerviosa o Bulimia) y el tiempo de evolución de la</p>	<p>Transición epidemiológica.</p> <p>Estilos de vida: conductas saludables, no saludables</p>	<p>Pacientes, familiares y profesionales coincidieron en que las relaciones sociales y familiares y el estado de ánimo eran los aspectos más afectados, junto con la salud física, la alimentación, los estudios y la vida laboral. Esta técnica cualitativa, usada por primera vez con esta población en este estudio, demuestra ser un instrumento útil para recoger información sobre la afectación de la calidad de vida de pacientes con trastornos alimentarios.</p>	

Continuación

Fabián María, et. al / México/2010	Prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y su asociación con el tipo de tratamiento, complicaciones de la diabetes y comorbilidades./Medicina Interna de México.	Ansiedad; depresión; diabetes tipo 2; apego.	Ciencias naturales	<p>enfermedad.</p> <p>Se buscó el espacio donde se concentraran pacientes con DM2. Antes de la caminata se evaluó a los participantes, para determinar su condición física, se tomaron signos vitales.</p> <p>Los participantes firmaron una carta de consentimiento. Se aplicó el cuestionario estructurado.</p> <p>Se realizó un análisis estadístico. (STATA versión 9.0), donde se compararon diferentes variables.</p>	<p>Peso</p> <p>Talla</p> <p>Nivel de glucosa</p> <p>IMC</p> <p>Edad</p> <p>Sexo</p>	<p>741 pacientes.</p> <p>Media de edad 57.5 años; 76% fueron mujeres; síntomas de ansiedad fue del 8%; síntomas de depresión de 24%; ansiedad/depresión 5.4%. Y el resto no registro ningún síntoma.</p>	
Martínez Silvia/Brasil/1999	El enfoque epidemiológico del sistema de salud de Cuba/ Revista Brasileira de epidemiologia	Epidemiologia Sistema de salud Estrategias nacionales Recursos humanos en salud Planes y programas de salud Políticas en salud	Ciencias naturales	<p>Primero se presenta una discusión teórica metodológica sobre la aplicabilidad de modelos de niveles múltiples para el estudio de los procesos de salud-enfermedad, sus determinantes y condicionantes, en función de la estratificación de la sociedad y de las condiciones de vida de sus habitantes.</p> <p>Después se recupera una noción de población según la perspectiva de la teoría de los sistemas complejos jerárquicos que busca no reducir la realidad, si no una construcción del problema procurando identificar distintos niveles de abstracción para su abordaje.</p>	<p>Indicadores en salud: IMC, Talla, peso etc.</p> <p>Tasas: mortalidad, morbimortalidad etc.</p>		Es necesario abordar el problema de la producción de mediciones teniendo en cuenta requerimientos analíticos esenciales y con mayor énfasis aún, la utilización de la voluminosa información de rutina, relativa a distintos niveles de agregación geográfica, para valorar desigualdades y sus determinantes, de modo de potenciar el diseño de intervenciones orientadas a lograr una mayor equidad en la provisión y acceso a los servicios de salud.
Del Barrio Cristina/ España/1988	El desarrollo de la explicación de procesos biológicos: cómo entienden los niños la causa de una	Desarrollo cognitivo; adquisición de conceptos biológicos; comprensión infantil de la enfermedad	Ciencias naturales	Primero se plantea un primer apartado al que se le titula introducción aquí se realiza un recuento sobre los algunos estudios y trabajos relacionados con la psicología y los aspectos cognitivos de la representación infantil de la enfermedad. Revisando por ejemplo: (Langford, 1948), (Bevely,	Estándares	<p>Sólo un 50% de los sujetos mayores de 11-13 años son capaces de dar explicación fisiológica o psicofisiológica que refleje un razonamiento formal.</p> <p>En los niños de 4 años se</p>	Se observan diferencias estadísticas significativas en el tipo de explicación causal encontradas en los distintos grupos de edad, desde una concepción de la relación causa-efecto estática, mágica y dominada por los índices perceptivos, hasta

Continuación

	enfermedad y su curación/Infancia y aprendizaje			<p>1936), (Peters, 1938) y (Bibace y Walsh 1980).</p> <p>En este mismo apartado el autor plantea tres elementos de su interés que lo lleva a realizar dicho estudio: 1. Interés teórico, 2. Interés pedagógico y 3. Interés del tema para la práctica clínica.</p> <p>Se continúa con un segundo apartado al que se le titula método que da explicación al procedimiento del estudio. Éste menciona que primero se examinó a un conjunto de 100 niños entre 4 y 13 años. De ahí se utilizó el método clínico piagetiano, con la utilización de una entrevista estructurada de ocho preguntas. Con esas preguntas se intentó averiguar sobre los conocimientos que tiene el niño con respecto a la enfermedad, utilizando algunas preguntas guía o bien conocida como una entrevista semi-estructurada dónde se rescata ¿cuál era su opinión sobre la accesibilidad del médico como profesional?, o ¿cuál era su percepción sobre salud? (Éstas son sólo dos de las cinco preguntas de referencia).</p> <p>En un tercer momento se presentan los resultados utilizando distintas tablas que cuantifican la explicación del procedimiento.</p>		<p>manifiesta una comprensión de lo que origina el estado de enfermedad y curación.</p> <p>En los niños de 5 y 6 años, las explicaciones dominantes son de tipo preoperacional (fenomenismo y acción personal).</p> <p>A los niños de 10-11 años, el pensamiento causal del sujeto acerca de la enfermedad y su curación influye la acción interna del agente causal.</p> <p>A los 13 años, son capaces de pensar en factores internos al organismo, de carácter fisiológico o psíquico.</p>	<p>una concepción de la misma como un proceso dinámico en el que intervienen factores externos e internos al organismo.</p>
García, Francisco Alcántara, Gustavo/ Venezuela/ 2008	Globalización y efectos locales en el proceso salud-enfermedad/ Provincia	Globalización Proceso salud-enfermedad Sociedad Neoliberalismo	Ciencias naturales	<p>Se comienza con un primer apartado que se titula: El predominio de los estudios sobre globalización y su relación con el procesos salud-enfermedad, que aborda qué es la globalización y las implicaciones que tiene esta en la sociedad, principalmente en los sitios públicos de interés privado y de mercado-salud. Aquí mismo se plantea la idea de la complejidad de la relación de</p>	Tasas de mortalidad	<p>Las posiciones de los autores con respecto al juicio de valores de los efectos de la globalización económica en el proceso salud-enfermedad varían sustancialmente. Analizar el proceso de salud-enfermedad en la sociedad implica tener una visión de la reorganización</p>	

Continuación

			<p>salud y globalización. Se revisa autores como Woodward .</p> <p>Después se ejemplifica con distintas enfermedades infectocontagiosas como: sida, el cólera (Perú, 1991), la gripe aviar etc., y capacidad que tienen éstas para propagarse al igual que las tecnologías de la globalización.</p> <p>Se continua con un segundo apartado que se titula incertidumbre en procesos salud-enfermedad como consecuencia de la globalización, aquí se rescatan algunas posturas con respecto a los efectos de la globalización y el impacto de la salud, se encuentra la explicación de documentos de (Pazos, 2003), (UNICEF, 2005), y la (OCDE).</p> <p>El tercer apartado se titula El neoliberalismo y la respuesta antiglobalización corporativa, aquí se realiza un abordaje sobre los principios y el origen del neoliberalismo, haciendo reseña a la caída del Muro de Berlín, además que se rescata cuáles son los instrumentos de dominación en el neoliberalismo.</p> <p>Se sigue de un cuarto apartado titulado El globalismo en la sociedad de riesgo, aquí se retoma que es el globalismo de la opinión de autores como (Beck, 1998), además se rescatan las protestas y discursos del Foro Económico Mundial que traen consigo la antiglobalización.</p> <p>Se encuentra un último apartado titulado El neopopulismo en las sociedades con altos grados de segmentación política dónde se aborda el origen del populismo al</p>	<p>política bajo óptica interpretativa, para enfrentar con más claridad el declive de las políticas públicas sanitarias dentro de los Estados.</p>	
--	--	--	--	--	--

Continuación

Fuente:elaboración propia apartir de la revisión de distintos artículos.

## Aportes teóricos/metodologicos de la perspectiva socio-histórica

Autor/ país	Título/revista	Palabras clave	Marco teórico-referencial	Metodología	VARIABLES	Resultados	Conclusiones/discusión o reflexión
Briceno Roberto/ Caracas Venezuela/ 2007	Las ciencias sociales y la salud: un diverso y mutante campo teórico/Ciencia y salud colectiva	Ciencias sociales; salud; enfermedad; historia social; teoría	Ciencias sociales	<p>Primero el artículo presenta una revisión histórica sobre la formación del campo disciplinar de las ciencias sociales y la salud, desde sus pioneros del siglo XIX y siglo XX para ello el autor revisa artículos de medicina social por Jules Guerin (1948), artículos sobre la importancia del estudio de la sociología médica de Charles McIntire (1893); libros como medical sociology de Elizabeth Blackwell (1902) y James Warbase (1909); finalmente estudios que tratan de describir la situación social de la enfermedad concluida la Segunda Guerra Mundial por ejemplo de Carlos Changas (1909), y Emanuel Díaz que abordó particularmente las condiciones de salud en minas.</p> <p>Se continua con un segundo apartado el cual formula tres abordajes fundamentales; primero la explicación de lo médico por lo social y la explicación de la enfermedad por lo social, que tiene dos vertientes, la perspectiva individualista y a visión estructural y colectiva.</p>	Tiempo Espacio		<p>Las ciencias sociales de la salud es un área de una gran diversidad y con cambios permanentes en su enfoque, en sus áreas de estudio y en su conceptualización. Esta variedad cambiante muestra por un lado la riqueza y fecundidad de este campo teórico, y por el otro, su juventud y casi su inmadurez. Es realmente un campo donde es necesario aún mucho esfuerzo teórico que sea capaz de construir una teorías que permitan agrupar y darle coherencia y sentido a las experiencias de investigación e intervención.</p> <p>Finalmente este campo teórico enfrenta a las tendencias que en la sociedad contemporánea tienden a "medicalizar" toda la vida social, es decir, a interpretar y tratar muchos actos de la cotidianidad y todos los problemas de la sociedad y de la persona como si fueran enfermedades. Pero, en el esfuerzo de construir este</p>

Continuación

				Finaliza con una discusión sobre el tipo de vínculo que debe establecerse entre las ciencias sociales y la salud con el fin de crear un nuevo campo teórico denominado las ciencias sociales de la salud.			campo, se corre el riesgo de irse al extremo contrario e intentar convertir en social o psicológico todas dolencias que afectan a los cuerpos y las mentes.
García Mabel/ España/2007	Comer bien, comer mal: la medicalización del comportamiento alimentario/ Salud Pública de México	Alimentación; cultura; medicalización; normalidad dietética; obesidad	Ciencias sociales	<p>Este artículo primero narra una serie de culturas relacionados con la alimentación por ejemplo habla de la sociedad kwakiutl que pertenece a la costa noroeste americana, aborda de ésta que la acumulación de abundante comida constitula un comportamiento que debía acompañarse sin excepción a toda pretensión para formar a los grandes hombres; por su parte, entre los banyankole, un pueblo pastor de África, cuando se preparaba a la mujer para el matrimonio se le daban grandes cantidades de leche hasta engordar, esto era signo de belleza; en su contrario a las culturas kwakiutl y banyankole el ayuno que acataron las mujeres por el clero masculino durante la edad media, se señalaba que no comer fue una forma de resistencia vinculada con el comportamiento de jóvenes que prefirieron rechazar las imposiciones familiares. Este tipo de ejemplos tienen el objeto de mostrar que las prácticas alimentarias no responden tan sólo a la necesidad biológica de llenar el cuerpo de combustible, sino a las condiciones materiales y a las representaciones simbólicas.</p> <p>En un segundo momento el artículo retoma algunas explicaciones del cuerpo humano y la alimentación, que llevaron a la normalización y la prescripción dietética. Por ejemplo, se narra la explicación de Tuner quien planteó que el cuidado del</p>	Tiempo Espacio Prácticas y creencias de alimentación.		La divergencia entre el conocimiento normativo y las prácticas alimentarias cuestiona, en medida, la eficiencia del actual modelo de prevención e intervención nutricional, en particular por dos razones. En primer lugar porque apenas se ha comenzado a trabajar sobre los factores estructurales que al parecer explicarían el aumento de la prevalencia de enfermedades como la obesidad. Es el caso de, por ejemplo, de la desigualdad social, la calidad nutricional de algunos productos. Por otro lado, los tratamientos para abordarla se adaptan a las particularidades biopsicosociales de las personas obesas y se dirigen sobre todo, a modificar los denominados estilos de vida. Este modelo medicalizado basa sus preceptos en dotar de competencias dietéticas, y responsabilizar a los individuos de su estado de salud sin comprender, o cuando menos afrontar, que la vida cotidiana de la ciudadanía es heterogénea.

Continuación

				<p>cuerpo era una responsabilidad moral.</p> <p>Finalmente la autora plantea la situación actual con respecto a cómo el Modelo Médico Hegemónico explica y resuelve los procesos y problemas entorno al tema de alimentación.</p>			
López Olvía y Blanco José/ México/1994	Modelos Sociomédicos en Salud Publica: coincidencias y desencuentros/ Revista de Salud Pública de México	Sociología médica; modelos sociomédicos; corrientes sociológicas en salud	Ciencias sociales	En este trabajo se abordan los principales puntos de encuentro, así como las diferencias entre dos modelos de interpretación en salud pública, cuyas perspectivas sociomédica y poblacional han contribuido sustancialmente a una visión integrada en este campo de conocimiento. La discusión se centra en cómo se piensan y se construyen conceptualmente los procesos sociales, su papel en la determinación de las condiciones, las interpretaciones y las respuestas en salud, así como el nivel de análisis que se privilegia y las formas de acceder al plano empírico. En momentos en que los modelos "puros" han desaparecido, el reconocimiento de las diferencias, pero sobre todo el fortalecimiento del enfoque poblacional y de los valores comunes, constituyen un punto importante de convergencia.	Tiempo Espacio		A partir de la perspectiva analítica que se asuma, las intervenciones y propuestas para modificar las condiciones de salud de las poblaciones tiene orientaciones diversas, así algunos modelos privilegian la intervención orientada a modificar las condiciones, capacidades y conductas individuales, por ejemplo la modificación de estilos de vida. Los desafíos de universalidad, equidad y calidad en salud, la complejidad de las condiciones de salud-enfermedad, es una situación de pluriparadigmática, en donde la coexistencia de diversos modelos explicativos posibilita un cierto eclecticismo.
Guerrero Clara et.al. / México/2007	Una mirada a las condiciones de trabajo y salud de los trabajadores de una pequeña empresa procesadora de alimentos/ Revista en Salud de los trabajadores	Trabajadores; condiciones de trabajo; empresa procesadora de alimentos	Ciencias sociales	<p>Esta investigación ofrece un panorama de una pequeña empresa procesadora de frutas sobre la relación entre las condiciones de trabajo, las formas de organización laboral, riesgos y exigencias a que se exponen los trabajadores y sus efectos en la salud.</p> <p>A partir de realizar una revisión teórica que muestra el contexto de las condiciones las que trabajan las pequeñas empresas. Por ejemplo, se revisa el reporte de la Agencia</p>	Tiempo Espacio	Los resultados señalan que los riesgos que predominan son: ruido, calor, cambios bruscos de temperatura, así como los que se derivan de la infraestructura de la empresa. Las principales exigencias detectadas son de tipo ergonómico asociadas a jornadas mayores de 48 horas; cargar, empujar o jalar objetos pesados;	Se pudo evidenciar que las modificaciones al proceso y organización de trabajo que ha implementado esta pequeña empresa, afecta de manera alarmante la salud de sus trabajadores, por lo que sería conveniente estudiar el proceso de trabajo que llevan a cabo estas empresas y su impacto en la salud de los trabajadores, ya que si bien contratan poco personal, son fuente importante de empleo

Continuación

				<p>Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo en el 2004, que rescata que hay 19 millones de empresas entre pequeñas y medianas en la Unión Europea en diferentes sectores que emplean a casi 75 millones de personas, las cuales registran algo más del 82% de todas las lesiones laborales, e incluso cerca del 90% de los accidentes mortales (Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo, 2004). Otro ejemplo de fuentes que revisa el autor es, un estudio realizado en pequeñas empresas en Brasil, por el Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica, MIDEPLAN, que evidenció que en varios sectores productivos como: el 48,1% de los trabajadores de las empresas del sector textil, el 45,1% de los trabajadores del sector madera, el 28,8% del sector metálico y el 82,1% del sector cuero, no está adscrito a ningún sistema de seguridad social (Solís, 2000).</p> <p>Todo lo anterior plantea el autor lleva a contextualizar el problema de salud y aplicar la siguiente metodología:</p> <p>Se estudiaron 37 trabajadores que constituyen la población total de la empresa. El estudio transversal, se aplicó una guía de observación del proceso de trabajo y una encuesta individual. Para el análisis de la información se utilizaron indicadores estadísticos y epidemiológicos.</p>	<p>emplear movimiento de fuerza; entre otras. Estas exigencias se encontraron fuertemente asociadas a trastornos musculoesqueléticos, lumbalgia y fatiga. Se pudo evidenciar que las modificaciones al proceso y organización de trabajo que ha implementado esta pequeña empresa, afecta de manera alarmante la salud de sus trabajadores, por lo que sería conveniente estudiar el proceso de trabajo que llevan a cabo estas empresas y su impacto en la salud de los trabajadores, ya que si bien contratan poco personal, son fuente importante de empleo para la población trabajadora.</p>	<p>para la población trabajadora.</p>
<p>Silva Jairnilson/ Argentina/ 2009</p>	<p>Medicina comunitaria. Introducción a un análisis crítico/ Revista salud colectiva</p>	<p>Medicina comunitaria; políticas; públicas de salud; salud</p>	<p>Ciencias sociales</p>	<p>Se realiza un análisis del concepto "comunidad", como así también de la utilización de las expresiones "salud comunitaria" y "medicina comunitaria" relacionada a la propuesta de medicina integral y</p>	<p>Tiempo Espacio</p>	<p>En la medida en que la medicina comunitaria, en tanto práctica, se valió del movimiento ideológico de la medicina integral, incorporó naturalmente en su acción el</p>

Continuación

		colectiva; medicina social	<p>medicina preventiva, para ello:</p> <p>primero dentro de la introducción se desarrolla el planteamiento del problema en el que se enfatiza que "salud comunitaria" y "medicina comunitaria" presentan dificultades semánticas; dado que esas expresiones han sido usadas de manera corriente como sinónimos de "salud pública", de "medicina social", de "medicina integral" o incluso de "medicina preventiva".</p> <p>Después se presenta un apartado en el que se revisan los orígenes de la "medicina comunitaria" particularmente en la década de los '60 en EE.UU; y las dos distintas vertientes que se originaron de la "medicina comunitaria" en este tiempo y espacio.</p> <p>Luego se continúa con una discusión sobre el concepto de comunidad para ello se revisan autores como Lindman (1951) con una visión de sociedad que apunta a la idea de estructura y función; y Ferrara (1972) que la visualiza como un sentido de pertenencia histórica, política y económica.</p> <p>Después se realiza una revisión sobre algunos enfoques que contribuyen a la explicación de la "medicina comunitaria" de países desarrollados y subdesarrollados, para ello se revisan autores como Barton y Smith (1975), Grant (1973). Con eso la autora trata de hacer explícito que el surgimiento de la "medicina comunitaria" con cualquiera que sea su enfoque, se encuentra relacionado con la crisis del sector salud, para ello se retoma la algunas explicaciones de Arouca (1975).</p>			<p>énfasis en lo profesional (visión amplia de la problemática de la salud, liderazgo, articulación de agencias, habilidad técnica, actuación centrada en el paciente, etc.) y en la enseñanza (extrahospital universitario, y con la inclusión de otras disciplinas, tales como sociología, psicología social, antropología, etc.).</p> <p>La reflexión teórica impuesta a los trabajadores del sector salud por la crisis actual, puede ayudarlos a dar el salto cualitativo desde una conciencia ingenua hacia una conciencia crítica y a proponer soluciones menos parciales para los problemas de salud de las poblaciones.</p>
--	--	----------------------------------	--	--	--	--

Continuación

				<p>Por último se plantean algunas preguntas vinculadas sobre la "medicina comunitaria" por ejemplo, ¿La comunidad sería el objeto de trabajo de la "medicina comunitaria"?, para dar respuesta a ésta la autora presentan una serie de proposiciones con respecto a la "medicina comunitaria".</p>		
Rodríguez Juan Manuel Mendoza y Soto, Edgar/ Brasil/2011	Determinación y causalidad en salud colectiva. Algunas consideraciones en tomo a sus fundamentos epistemológicos/ Ciencia y salud colectiva.	Determinación; causa; objetividad; historicidad; acontecimiento	Ciencias sociales	<p>Se comienza con una introducción donde específicamente se rescata el planteamiento del problema que lleva al desarrollo del artículo. El problema se origina puesto existen diferencias en la forma de resolver los procesos y problemas de salud-enfermedad, entre perspectiva de salud pública y la salud colectiva, sumado a esto no existe una única interpretación o fundamento teórico acerca de cada perspectiva.</p> <p>Se continúa dando explicación a la causalidad en el modelo epidemiológico, utilizando distintas teorías que consiste en la explicación de A y B.</p> <p>Con el análisis anterior los autores del artículo realizan una especie de conclusión planteando las ventajas, desventajas e ideas o posturas de utilizar como explicación la causalidad en los procesos y problemas de salud enfermedad ejemplo: "si bien la causalidad es una determinación no toda determinación es una casualidad" "hay determinaciones que tienen su origen en la experiencia, y determinaciones que tienen su origen en la razón" (Mendoza y Jarrillo, 2011:849).</p> <p>Después se da un punto y aparte y se aborda la salud colectiva desde el origen que tiene la palabra</p>	Tiempo Espacio	<p>La salud pública asume la causalidad como un principio que puede ser observado en la naturaleza, que regula toda sucesión de fenómenos y a través del cual pueden establecerse relaciones verificables y predecibles.</p> <p>La salud colectiva atiende al proceso colectivo en el que se producen las condiciones sociales que llevan a enfermar de una manera específica a los grupos humanos.</p> <p>Al concebir la salud-enfermedad como un proceso colectivo de producción y reproducción social, la salud colectiva argumenta que este proceso está determinado por el desarrollo de las fuerzas productivas, las relaciones de producción y la ideología de cada grupo dominante. La determinación es una representación a priori, lógica, organizadora de la complejidad y de la totalidad.</p>

Continuación

				<p>determinación social hasta las distintas explicaciones que dan teoría a la salud colectiva, aquí se retoman autores que tomados en el marco teórico-conceptual apartado II como: Breilh y Laurell.</p> <p>Po último, se pasa a la explicación de la determinación como representación a priori en el estudio de la salud enfermedad como proceso socio-histórico, para esto se utilizan las nociones de tiempo, ser y mundo de Kant, teorías sobre la determinación en salud de Martin Heidegger.</p>		
Vega Leopoldo/ México/2002	Ideas, creencias y percepciones acerca de la salud. Reseña histórica/ Revista de salud pública de México	Concepto de salud; la salud en la historia; filosofía de la salud	Ciencias sociales	<p>Se exponen las contribuciones se rescatan de filósofos, médicos y pensadores sobre el concepto de salud.</p> <p>Comenzando con el antiguo Egipto, seguido de las culturas Mesopotamia, después las percepciones de salud en la antigua China, en esta última explicación se utiliza un cuadro que explica la cosmogonía China. Se hace referencia a autores como Galeano.</p> <p>Después de esto se continúa con el concepto de salud pero ahora en la Edad Media, para este abordaje se utiliza el Regimen Sanitatis Salemitanum. En este mismo espacio se aborda la explicación sobre el libro: introducción al estudio de la medicina experimental. Después se continúa con el concepto contemporáneo de salud, abordando a Perkins, Dubos y Walter.</p>	Tiempo Espacio	La evolución histórica del pensamiento legado por las culturas que dan identidad al mundo actual, se sabe que antes de que los filósofos reflexionaran sobre la razón y destino del hombre cavilaron acerca de los componentes del cosmos y las sustancias esenciales del cuerpo humano. Casi todas las grandes culturas coinciden en señalar como elementos primigenios del organismo: el agua, el fuego, el aire (viento) y la tierra, unidos por la armonía del yin y el yang (China), el equilibrio de fuerzas vitales (India) y la equidad (isonomía) entre las sustancias que integran la materia humana (Grecia).
Romero, Jesús/ Perú/2006	Las políticas de salud en el Perú: una mirada crítica/ Revista de Psicología	Salud; psicología de la salud; salud mental; políticas de	Ciencias sociales	Se realiza un primer marco teórico-conceptual que rescata el abordaje sobre las definiciones en salud. Por ejemplo, la definición tradicional propuesta por Bravo, Serrano y	Tiempo Espacio	<p>Existe carencia de una clara definición de salud.</p> <p>En la praxis, los Psicólogos de la salud, al margen de lirismos</p>

Continuación

	Universidad de San Martín de Porres	salud; ciencias sociales		<p>García (1991); la definición establecida por la OMS (1947), entre otras.</p> <p>Continuando con abordaje teórico de la salud desde la psicología. A partir de tomar como referente textos de especialidad, trabajos presentados en certámenes científicos, algunos documentos administrativos vinculados a la psicología clínica; por mencionar algunos se encuentran los trabajos de Rodríguez Marín (1995), Morafes (1997), Simon (1993) y Romero (2000).</p> <p>Finalmente se realiza una especie de discusión dónde se resalta el panorama actual de las políticas en salud en Perú. Así como los problemas teóricos relacionados con temas de salud; que impactan en las formas de hacer políticas. Con todo lo anterior se realizan dos apartados de reflexiones dónde continuamente se cuestionan preguntas como: ¿es válido hablar de salud mental?, ¿la salud mental no es dicotómica?</p>		<p>conceptuales, han desarrollado una técnica remedial.</p> <p>Por inercia se sigue aplicando la noción de salud mental. Se requiere reconceptualizar la noción de salud y por lo tanto, la psicología de la salud, reencaminando a la psicología como ciencia y tecnología, al hombre como ser vital y positivo.</p>
Valencia, Pedro/ Colombia/ 2007	Algunos apuntes históricos sobre el proceso salud-enfermedad/ Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública	Práctica médica; salud-enfermedad; capitalismo fuerza de trabajo; sistema de seguridad social	Ciencias sociales	<p>Lo que se realiza es una especie de línea de tiempo dónde se rescatan varios apuntes históricos sobre el PSE. Para que esto no sólo quede en forma de enlistado : se hace alusión al planteamiento del problema. Problematicando a partir de ubicar las distintas prácticas en siglo XIX, y el tema de hegemonía dentro de estas.</p> <p>Se continúa abordando el tema sobre las condiciones materiales de vida con relación a la inserción en los modos de producción en el siglo XIX. Ejemplificando con casos concretos utilizando fuentes como los libros azules del parlamento</p>	Tiempo Espacio Histórico Grupos colectivos Fuerza de trabajo	<p>La inserción a los modos de producción determina la forma de enfermar y morir.</p> <p>La desigualdad en salud es injusta, innecesaria y evitable.</p> <p>Con el advenimiento de la sociedad capitalista, el concepto de salud-enfermedad sufre un gran cambio que obedece a un estadio superior y diferente de la sociedad.</p>

Continuación

				<p>inglés y películas de la vida moderna, basados en documentos de la época.</p> <p>Después se ubica el cambio que sufre el PSE con descubrimientos como los de la célula, el microscopio y la tuberculosis. Y con esto el surgimiento del concepto y la explicación biológica de la enfermedad. Esto último toma como referencia a la triada ecológica.</p> <p>Se retoman apuntes sobre distintas tesis que abordan que el PSE no puede ser visto sólo desde las ciencias exactas ya que se debe considerar lo social e histórico. Para esto se utilizan ejemplos que reflejan la forma de enfermar y morir con respecto a cada clase social. Utilizando como referencia la tasa de mortalidad infantil en Colombia y el informe de salubridad pública en Inglaterra.</p> <p>Se retoma una vez más el análisis histórico sobre las fuerzas de trabajo, ubicando ahora el trabajo calificado como aquel que crece proporcionalmente con los años. Para ello se utiliza una tabla del porcentaje de obreros en Estados Unidos de trabajadores no calificados en 1910 y 1967, y luego el crecimiento de los profesionales y técnicos en esos dos mismos años.</p>		
Beldarrain, Enrique/ México/2009	¿Estudia el proceso salud enfermedad la antropología Cubana?/Cuicuilco	Antropología médica; salud enfermedad; medicina tradicional; historia Cuba	Ciencias sociales	Se introduce con una visión general sobre el actual desarrollo de la antropología Cubana: abordando ¿qué es lo que estudia la antropología médica? Subrayando que es lo que ha llevado al autor en pensar que la antropología médica se encuentra en un momento incipiente y el poco desarrollo.	Tiempo Espacio Prácticas Creencias	La antropología médica aplicada es una búsqueda de alternativas para adecuar a la cultura local el sistema médico institucional. En Cuba se presenta de forma hegemónica de la medicina científica.  La antropología Cubana,

Continuación

			<p>Se continúa con una recapitulación sobre las distintas prácticas en medicina tradicional dentro de las diferentes etnias. Lo anterior a partir de realizar una revisión bibliográfica sobre leyendas y documentos antiguos sobre el tema. En esta parte también se abordan las publicaciones a lo largo de la historia con respecto a la etnobotánica y los curanderos en Cuba. Se plantea la situación actual del PSE por la que atraviesa Cuba con el MMH, con respecto a la antropología Cubana. Para esto se utilizan la descripción de casos concretos del cómo ha avanzado Cuba en materia salud enfermedad.</p> <p>Se sigue con una discusión dónde se plantea lo que ha provocado el sólo acceso al MMH. Dejando de lado el estudio a la medicina tradicional, esto se hace a partir de rescatar el cómo ha crecido el número de profesionales a lo largo de los años en el área del MMH en Cuba. A partir de ejemplificar con cuadros del informe sobre el censo de Cuba, 1989.</p>		<p>hasta el presente, estudió en pocas oportunidades los elementos que integran el complejo salud enfermedad.</p> <p>En ninguna de las subdivisiones de la medicina Cubana la antropología es objeto de estudio de los currículos de las facultades.</p> <p>No se han dedicado estudios serios con respecto a la etnobotánica y curanderos en Cuba.</p> <p>El estudio especializado en el sólo MMH trago el detrimento de la medicina popular, de los diversos componentes étnicos y culturales de la población actual en Cuba.</p> <p>El número de profesionales en el MMH ha aumentado a lo largo de la historia. A pesar de la cobertura completa del territorio cubano por los servicios salud, no se aprovecha esta posibilidad para recopilar información sobre elementos de la medicina popular o ideas sobre la curación.</p>
--	--	--	---	--	---

Fuente:elaboración propia apartir de la revisión de distintos artículos.

### Estrategias para el análisis de los artículos:

1. Leer los artículos aplicando el análisis de discurso:

a) Utilizar el anexo I para discriminar información.

b) Responder a la pregunta: ¿Cuál es el problema de salud-enfermedad que identifica el autor y que estructura el desarrollo de cada artículo?

c) Utilizar el marco teórico-referencial para revisar los conceptos centrales, así como el anexo II.

2. Ubicar los conceptos centrales implícitos del siguiente cuadro:

#### Explicación teórico-metodológica para el estudio de los fenómenos de salud-enfermedad

<b>Perspectiva estructural-funcionalista</b>	<b>Perspectiva socio-histórica</b>
Su explicación es inductiva. Estudios empíricos.	Su explicación es deductiva. Visión teórica, en la cual es necesario analizar el caso en concreto e ir a lo teórico, y viceversa.
Vulnerabilidad biológica para explicar y solucionar los procesos y problemas de salud-enfermedad.	Determinantes sociales para explicar y solucionar los procesos y problemas de salud-enfermedad.
Ahistórico en la explicación de los procesos y problemas de salud-enfermedad.	Histórico en la explicación de los procesos y problemas de salud-enfermedad.
La desigualdad social es justa, necesaria e inevitable. Existen funciones y roles de sujetos.	La desigualdad social es injusta, innecesaria y es inevitable. Existen relaciones de poder.
Los procesos y problemas de salud-enfermedad se atienden de forma universal porque los perfiles patológicos se presentan de forma universal.	Los procesos y problemas no se atienden de forma universal porque existen distintos perfiles patológicos en cada colectivo.

Continuación

Las capacidades distintas entre los seres humanos provocan la estratificación social.	Las formas de producción social tienen como resultado distintas clases sociales.
Se habla de 'estratificación social' al abordar los procesos y problemas de salud-enfermedad.	Se habla de 'clases sociales' al abordar los procesos y problemas de salud-enfermedad.
Los procesos y problemas de salud-enfermedad son inherentes al individuo.	Los procesos y problemas de salud-enfermedad son inherentes al sistema.
La salud se encuentra vinculada por los estilos de vida de la población de la población.	La salud es un derecho y está determinada por las condiciones materiales de vida de los colectivos.
La desigualdad en salud es justa, necesaria e inevitable	La desigualdad en salud es injusta, innecesaria y evitable
Se percibe a la sociedad como estructura y función, lo que lleva a sólo percibir ciertos elementos de la sociedad.	Se percibe a la sociedad como espacio de conflicto y contradicción, buscando explicar la realidad social.

Fuente: Elaboración propia a partir del marco teórico-referencial.

Para explicar los fenómenos de salud-enfermedad en los artículos ubicados desde las perspectivas estructural-funcionalista y socio-histórica, encontré algunos elementos que se presentan con frecuencia; aunque algunos otros los identifiqué una sola vez. En ambos casos me pareció importante rescatarlos puesto que me ayudaron al análisis de las explicaciones teórico-metodológicas de ambas perspectivas.

A continuación presento primero el análisis de los artículos ubicados desde la perspectiva estructural-funcionalista y después el análisis correspondiente de los artículos situados en el paradigma socio-histórico.

### **Análisis de los artículos de la perspectiva estructural-funcionalista**

- El título de los trabajos de Lilian Muñoz, et. al. (2011), Pilar Lavielle et. al. (2008), Cristina del Barrio (1988), Enrique Wolpert (2011), Yarima Etxeberria, et. al. (2002) e Hilda García (2010), me llevaron de inmediato a ubicar que éstos se desarrollan bajo una perspectiva inductiva, pues se habla de procesos biológicos. Eso quiere decir que

la explicación se presentó sólo desde la alteración homeostática de los colectivos. Por lo tanto se abordó desde las ciencias naturales, buscando la evidencia empírica que exige la objetividad. Esto me permitió identificar que los autores de cada uno de los artículos tuvo la capacidad de separarse del objeto de estudio para no ser influidos por sus propias expectativas o las ajenas, de modo que las explicaciones políticas, económicas, sociales, culturales e ideológicas no fueran aspectos a considerar en la explicación de su objeto de investigación.

- Los objetivos de las publicaciones de la perspectiva estructural-funcionalista los encontré de forma explícita. Por ejemplo, Pilar Lavielle et. al. (2008),<sup>36</sup> en su publicación textualmente plantea que su objetivo es describir la conducta de enfermedad en pacientes con dolor crónico. Hilda García y Sioban Harlow (2010) rescatan que su objetivo es determinar la prevalencia de dispareunia y los factores de riesgo asociados en población femenina en edades de 25 a 54 años. Y el objetivo del estudio de Yarima Etxeberria, et. al. (2002) consiste en obtener información directa de pacientes con trastornos de alimentación, así como de sus familiares y la información clínica sobre cómo su enfermedad afecta a diferentes aspectos de su vida.
- Dentro de la introducción del artículo de Lilian Nuñez, et. al (2011) se enuncian las principales pandemias dentro de la historia, donde se describe el año, el número de muertes y el nombre que se le dio al virus en cuestión, por ejemplo: “la primera pandemia de siglo XX, conocida como Gripe Española y causada por el virus de influenza A de serotipo H1N1, se presentó entre 1918-1920 coincidiendo con la primera Guerra Mundial; la cual supero los 40 millones de muertes en todo el mundo” (Nuñez et.al 2011). Esto me permitió interpretar que desde la perspectiva estructural-funcionalista el problema de salud-enfermedad se contextualiza con el número de enfermedades y muertes, por lo tanto puedo entender que estas mismas cifras son las que sirven para ubicar si se trata de un problema de salud, o no (Nuñez et. al, 2011).
- En los artículos de Pilar Lavielle et. al. (2008), Lilian Núñez et. al (2011), Arnold Brommet, et.al (2009), Cristina del Barrio, et.al (1988), y Pilar Lavielle (2008) encontré

---

<sup>36</sup> En particular este estudio descriptivo tiene el propósito de explorar el proceso de búsqueda de la atención que llevan a cabo los individuos con dolor crónico, es decir, la forma como perciben, interpretan y responden de manera inicial a los síntomas, las prácticas subsecuentes que llevan a cabo para encontrar el alivio y sus respuestas a los síntomas hasta recibir un diagnóstico.

que su objeto de estudio es la enfermedad. En la publicación de Pilar Lavielle (2008) se rescata que el problema de salud-enfermedad que han originado las distintas conductas en los grupos que padecen algún tipo de dolor crónico se debe no sólo a factores biológicos y psicológicos, sino también a aspectos sociales. Se analizan con una entrevista semi-estructurada estos factores rescatando las creencias y culturas de cada grupo. La autora desarrolla su trabajo también bajo la perspectiva socio-histórica, no sólo atendiendo los factores biológicos y psicológicos, sino que trata de ir más allá utilizando los factores sociales; sin embargo, me di cuenta que también se abordan como rasgos individuales que son característicos de la enfermedad. En Lilian Nuñez, et. al (2011) por ejemplo, el problema de salud en particular es la gripe humana, virus de la influenza A, y las infecciones del tracto respiratorio. En este caso es evidente que el problema de salud está únicamente en la enfermedad, y es fácil entender que existe una visión unicausal al problema de salud-enfermedad, es decir, una única causa a los problemas de salud; dónde la teoría de causa-efecto juega su papel; esto es, se presenta la enfermedad y solamente se rastrea el causante biológico que ha provocado la alteración fisiológica sobre el individuo (Nuñez, et. al, 2011).

- Enrique Wolpert (2011) por ejemplo, afirma que un millón de personas en todo el mundo han estado infectadas con el virus hepatitis viral y que juntas afectan a una de cada 12 personas. Cifras como las anteriores me permitieron identificar que el problema de salud-enfermedad, desde esta perspectiva es medible, cuantificable y su magnitud dependerá del incremento de enfermedades y muertes, es decir, para considerársele como problema de salud-enfermedad el número de casos debe presentarse en cifras superiores, y ser explícito en encuestas nacionales de salud, por ejemplo.
- Un elemento central que descubrí en la publicación de Enrique Wolpert (2011) fue que cuando se explica o resuelve el problema de la hepatitis viral existe implícitamente una explicación de práctica médica que se lleva a cabo en la que se descubre que ésta se enfoca totalmente a la prevención y curación puesto que por lo general en este tipo de explicaciones se cree que el problema de salud se encuentra totalmente descubierto, y que actúa de la misma forma en los colectivos.
- Finalmente, el análisis que realizan Hilda García y Sibán Harlow (2010), Arnold

Brommet et. al (2009), Yarima Etxeberria et. al (2002) y Lilian Nuñez et. al (2011) me permitió darme cuenta que no contemplan los contextos en el que cada colectivo vive, y que –en realidad– han provocado la desigualdad en salud. Todo esto lo genera la visión empírica de esta perspectiva en la que lo experimental, práctico, real y concreto es su elemento, y dónde sólo existe un análisis teórico en el presente, sin una comparación de esto con la determinación política, social, cultural-ideológica en la que se desenvuelve cada colectivo.

- Algunas de las referencias ubicadas dentro de los marcos teórico-referenciales de los artículos revisados me llevan a ubicarlos dentro de la perspectiva estructural-funcionalista:

1. “Debe considerarse, que en una sociedad la salud de los individuos es atribuible tanto al funcionamiento de los sistemas de salud como a los individuos mismos” (Lavielle et. al. 2008). Que la salud sea atribuible a los individuos me permitió deducir que entonces los pacientes son culpables o responsables de su enfermedad, ya que se les percibe como aquellos que no siguen la restricción médica que propone el MMH. Esto significa que a los grupos se les vea como individuos o población a los cuales se les debe disciplinar o educar puesto tiene o han tenido conductas y elecciones malas que provocan su enfermedad, en el caso del artículo la enfermedad crónica y por lo tanto el dolor que se deriva de la misma (Lavielle et. al. 2008).

2. “Los pacientes desean un tratamiento efectivo con pocos efectos colaterales y una mejor calidad en la interacción (interés y la percepción de ser escuchados por el médico)” (Lavielle et. al. 2008). Con lo anterior detecté que existe una inquietud por quienes se profesionalizan en el área de la salud-enfermedad por buscar que dentro de sus trabajos exista una metodología distinta a la de las ciencias naturales, pero considero que existe todavía una dificultad para desvincular y dejar de explicar el problema como una estructura y función (Lavielle et. al. 2008).

- Los primeros efectos de la era global se encuentran en sitios públicos de interés privado y del mercado de la salud: “El hecho radica en la rapidez con la cual hoy personas de todo mundo se transportan y comunican (al igual que los virus y las enfermedades) gracias al alto auge y el desarrollo de las tecnologías y el transporte”

(García y Alcántara, 2008:35). Si todo esto prosigue, apuntan los autores, a la vuelta de diez años la población activa de Occidente trabajará en condiciones de incertidumbre, lo que implicaría poco bienestar en los estándares de salud. Todo esto me permitió interpretar que los autores implícitamente tienen incorporada la noción de salud desde la perspectiva estructural-funcionalista donde la salud se tiene o alcanza cuando los colectivos cumplen con ciertos estándares, por ejemplo, con los indicadores de índice de masa corporal (IMC). Su evaluación y diagnóstico parte de revisar lo que mencionan las distintas organizaciones a nivel nacional y mundial, como la encuesta nacional de salud y nutrición 2006 (ENSANUT 2006) en la cual los criterios utilizados para evaluar son: desnutrición (astenia)  $<18.5$ , estado nutricional adecuado  $18.5-24.9$ , sobrepeso  $25-29.9$ , obesidad (código diagnóstico)  $\geq 30$ . La utilización de este tipo de estándares para la evaluación de la salud me permitió inferir que a los distintos grupos se les clasifica con respecto a los otros, ubicándolos como colectivos buenos o malos, ya que específicamente para cumplir con el estándar de IMC adecuado  $18.5-24$  se le habrá transmitido al colectivo una serie de indicaciones con respecto al estilo de vida que debe llevar para entrar dentro del estado de salud satisfactorio a los indicadores (García y Alcántara, 2008).

- Las bacterias y los virus se desplazan tan rápidamente como los mensajes por el correo electrónico, lo cual representa un peligro sanitario para los países en vías de desarrollo que no gozan de controles eficaces con respecto a salud pública (García y Alcántara, 2008:41). Esas y algunas otras referencias del texto dan pie a ubicar que el problema de salud que se atiende en el texto tiene que ver con la relación de los procesos de salud-enfermedad y la globalización. Esto me hizo pensar que se trata de dar explicación y análisis a un contexto amplio de la sociedad, ya que se habla de elementos como los políticos, económicos y la misma la globalización como influencia de los procesos y problemas de salud-enfermedad, y no sólo se le ve como resultado del simple agente biológico virus o bacteria puesto en ninguna parte del artículo se da explicación biológica, por ejemplo, al sida, sino más bien se utiliza la descripción de casos concretos para ubicar y comparar su magnitud de transmisión con afinidad a la era global. Aunque existe una explicación a fenómenos como lo político y económico, y se da una explicación deductiva no se logra volver al caso concreto y viceversa. En su explicación de sociedad, los autores implícitamente la perciben como un conjunto de instituciones, con cierta estructura y funciones, donde los colectivos juegan cierta

función, pero no existe un acercamiento a la explicación de los elementos interrelacionados de la situación política, económica, social, cultural e ideológica que desde una visión socio-histórica permitiría comprender y dar explicaciones sobre el papel de esos elementos en la causalidad de la relación y crecimiento de los procesos y problemas de salud-enfermedad y la globalización (García y Alcántara, 2008).

- La publicación de Arnold Brommet et.al, (2009) me dejó deducir que el sistema de salud es entendido desde la percepción de Frenk y Gómez (2008), es decir, como el vehículo de respuesta social organizada a las condiciones de salud de una población, donde la representación se convierte en la diferenciación institucional de la sociedad que genera, en este caso, que las reformas a la atención primaria en salud (APS) se encuentren en abstracto y no estén inter-comunicadas, y por lo tanto, que se perciba a las reformas de APS como una situación justa, necesaria e inevitable dentro de los distintos colectivos.
- “La globalización neoliberal puede entenderse como una etapa en la historia de la dominación humana, correspondiente a un nuevo proceso de colonización a través del cual una nueva clase dominante cuya característica es ser transnacional controla a la clase trabajadora de todas las naciones” (García y Alcántara, 2008: 47). Con esta referencia pude entender que las formas de producción social tienen como resultado distintas clases sociales que repercuten directamente en los procesos y problemas de salud-enfermedad. Por lo que, quienes se ubican en la clase dominante conforman aquel conjunto de personas que ocupan las posiciones de poder más altas en las compañías transnacionales o que controlan un cierto porcentaje de las acciones de dichas compañías y la clase subordinada aquella que sólo posee su fuerza de trabajo (ibíd).
- En el siguiente cuadro presentado en el artículo de Francisco García y Gustavo Alcántara (2008) que presenta las disparidades que existen en cuanto a la evolución de la tasa de mortalidad infantil a escala mundial y continental se pueden leer las posibilidades de sobrevivir que tiene un niño dependiendo del lugar en el que nazca (García y Alcántara, 2008: 44). Con esto pude visualizar la explicación de que la mortalidad infantil está determinada por la región geográfica y por lo tanto, por las condiciones sociales, políticas, económicas y culturales ideológicas, de cada

continente. De esta forma no se sustenta la hipótesis de que los procesos y problemas de salud-enfermedad se presentan de manera universal. Aunque esto es explícito los autores no realizan ninguna conclusión o reflexión en cuanto a la explicación del papel que juega cada determinante como parte de los procesos y problemas de salud-enfermedad, es decir no hay explicación de los grados de desarrollo que realiza Asa Cristina Laurell.

**Evolución de la tasa de mortalidad infantil a escala mundial y continental (por 1.000 nacidos vivos).**

Región geográfica	1990	2003
Mundo	68,1	56,5
África	144,6	93,6
Asia	69,2	53,1
Europa	14,0	9,2
América Latina/El Caribe	42,9	25,6
América del Norte	8,2	6,8
Oceanía	33,5	28,4

Fuente: ONU, World Population Prospects. The 2004 Revision Database

- Aunque en Francisco García y Gustavo Alcántara (2008), existe una revisión multidisciplinaria, es decir, la revisión de fuentes con planteamientos distintos respecto a la percepción de la globalización y la relación con el PSE, me di cuenta de dos cosas: primero, que los autores del artículo no utilizan referencias que profundicen en aspectos como lo cultural e ideológico como influencia en el PSE y la globalización; esto es importante porque creo que los colectivos tienen formas de interpretar sus procesos y problemas de salud-enfermedad, así como de generar sus propias repuestas para resolverlos. De lo segundo que me di cuenta es que en el momento que los autores tienen la oportunidad de redactar o interpretar, por ejemplo, sus conclusiones, los elementos más rescatados para explicar los PSE en la globalización son los políticos y económicos dejando de lado los aspectos culturales-ideológicos, como lo explicaba anteriormente.
- 'Hepatitis' quiere decir 'inflamación del hígado' y es producida por muchos factores pero principalmente por virus; hay cinco virus reconocidos como responsables de producir hepatitis en el hombre, las variantes A, B, C, D (o delta) y E. Sabemos que sólo las hepatitis B y C evolucionan a hepatitis crónica y pueden llegar a ser causa de fibrosis hepática, cirrosis, insuficiencia hepática y cáncer primario de hígado si no se tratan (Wolpert, 2011). A partir de este punto es claro que la explicación de los procesos y problemas de salud-enfermedad desde la perspectiva estructural-funcionalista se limita a la explicación meramente de procesos biológicos, dejando de lado la consideración de los aspectos económicos, sociales, políticos, culturales e ideológicos en la que se ve inmerso cada colectivo que presenta hepatitis viral. Además, para considerársele y atendersele como problema de salud-enfermedad tiene que existir una serie de características específicas conocidas como sintomatología, que particularmente dentro de esta perspectiva se entiende que se presentan de manera igual o universal de un caso a otro.
- Lilian Nuñez, et. al. (2011), Arnold Brommet, et. al. (2009), Del Barrio (1988) y María Fabian (2010) utilizan distintas gráficas y tablas para analizar su objeto de estudio y así poder llegar a la descripción de resultados. Este recurso facilitó la visualización del objeto de estudio que se analiza a través de observar su comportamiento en gráficas y tablas, sin utilizar ningún otro elemento como pudiera ser la condición económica de los colectivos que presentaban influenza. Tal método para la explicación y análisis de

resultados está basado en el método cuantitativo, en el que la distribución de las gráficas juega un papel elemental ya que ubica el interés por describir esas conductas de distribución y poder ubicarlas como normales o anormales. Ejemplo de esto es el de la publicación de Del Barrio (1988) donde en específico habla en su texto de que “examinó un conjunto de 100 niños entre 4 y 13 años, tomando 10 sujetos por cada grupo de edad” (Del Barrio 1988:84). Esto me dejó ver que se trabajó con una metodología estadística que resulta de tabulaciones de diferentes tipos de datos que finalmente proporcionará números absolutos. La palabra ‘examinó’ dejó entender que las relaciones de poder que existen entre la autora del artículo y el colectivo de estudio, se basan en que quien posee mayor conocimiento subordinará al otro, obteniendo como recompensa un poder que le permitirá dominar al otro. Esto es reflejo de la percepción estructural-funcionalista donde los colectivos al ser estudiados se convierten en una especie de objeto.

- Por ejemplo, Del Barrio (1988), Pilar Lavielle (2008) y María Fabián (2010) buscan cuantificar la información lo cual me dejó visualizar que el conocimiento científico es claro y preciso. Evita, en la medida de lo posible, la inexactitud. Define claramente los conceptos y respeta esas definiciones, por ejemplo, en la publicación de Del Barrio (1988) se analizan los resultados de metodología cuando se habla de fenomenismo, fisiología, internalización o se dan explicaciones lógico-concretas. Para poder así cuantificar y dar universalidad a la información.
- El último punto que logré identificar con la lectura analítica de los artículos ubicados desde la perspectiva estructural-funcionalista [Lilian Núñez, et. al (2011), Cristina Del Barrio (1988), María Fabián (2010), Yarima Etxeberria, et. al. (2002), Pilar Lavielle, et. al. (2008) y Hilda García y Sioban Harlow (2010)] es que éstos se conforman de manera particular por un objetivo, la descripción del material y método utilizado así como los resultados. La forma de presentar los artículos me permitió ubicar que estos se presentaban bajo dicha perspectiva. Por lo tanto que se basan en el método cuantitativo, a partir de la recolección y el análisis de datos, confiando en la medición numérica, el conteo y frecuentemente en el uso de la estadística para establecer con exactitud los patrones de comportamiento del problema de salud-enfermedad. También se caracterizan por omitir lo cualitativo para descubrir y refinar preguntas de investigación a partir de la utilización de métodos de recolección de datos sin medición

numérica, como las descripciones y las observaciones, en las que su objetivo primordial se encuentra en la explicación social e histórica.

### **Análisis de los artículos de la perspectiva socio-histórica**

- Los objetivos de las publicaciones de la perspectiva socio-histórica, fueron encontrados de forma implícita en Enrique Beldarraín (2009), Leopoldo Vega (2002), Clara Guerrero y Cecilia Cruz (2007), Pedro Valencia (2009), Jesús Romero (2006), es decir, yo fui interpretando tales objetivos a lo largo de la lectura. Por ejemplo, encontré que Enrique Beldarraín (2009) busca tener un acercamiento al desarrollo del estudio del proceso salud-enfermedad en Cuba, y si ha sido estudiado por la antropología local, así como el desarrollo histórico que ha tenido en el país la antropología médica. Con Clara Guerrero y Cecilia Cruz (2007) implícitamente ubiqué que el objetivo de su artículo es ofrecer un panorama de las condiciones y organización de trabajo en las que opera una pequeña empresa de mexicana dedicada al procesamiento de frutas.
- Las introducciones de los artículos de Pedro Valencia (2007) y Roberto Briceño (2003) hacen una revisión de documentos, artículos y libros publicados a lo largo de la historia. En particular, en la publicación de Roberto Briceño se retoman artículos sobre la importancia del estudio de la sociología médica de Charles McIntire (1893); libros como *medical sociology* de Elizabeth Blackwell (1902) y James Warbase (1909) entre otros; y se abordan hechos relevantes en la historia como la Segunda Guerra Mundial. Eso me permitió ubicar que desde esta perspectiva el objeto de estudio no es explícito, sino implícito, porque no se habla directamente de ese objeto, sino más bien del contexto en el que se ve envuelto ese objeto de estudio y para descubrirlo es necesario revisar los discursos, la bibliografía y las citas que utilizan los artículos a lo largo del texto.
- Para la explicación del fenómeno de salud los autores Enrique Beldarraín (2009), Pedro Valencia (2007), Juan Mendoza y Edgar Jarrillo (2001), hablan del término PSE. Consideran que dentro éste existe una serie de determinantes ligados al capitalismo que como modo de producción instaura jornadas de trabajo extenuantes que repercuten directamente en los problemas de salud de los distintos colectivos (Valencia, 2007). Enrique Beldarraín, (2009) contextualiza este problema y hace hincapié en que las ciencias como la antropología requieren que su especialidad

alcancé un desarrollo mayor para poder estudiar, de manera adecuada, los determinantes que se incluyen en el PSE (Beldarraín, 2009:55). Esto me permitió interpretar que desde esta perspectiva se busca hacer un vínculo con las ciencias sociales para la explicación del PSE, y no sólo una interpretación ligada a los factores de riesgo como lo explicarían las ciencias exactas o ciencias naturales ubicadas en el modelo estructural-funcionalista.

El concepto de PSE resulta de suma importancia en los artículos de la perspectiva socio-histórica ya que me dejó interpretar que el problema de la salud-enfermedad no se percibe como algo abstracto, donde se da el fenómeno causa-efecto de una forma lineal, sino más bien que el problema de salud-enfermedad es un objeto complejo y dialéctico. En específico, en las publicaciones de Enrique Beldarraín (2009), Clara Guerrero y Cecilia Cruz (2007), y Jesús Romero (2006) se explica el problema de salud utilizando la historicidad, de modo que realizan una recapitulación sobre distintos acontecimientos en los que se desenvuelve su objeto de investigación. Por ejemplo, Enrique Beldarraín (2009), retoma las distintas prácticas de herbolaria que llevaban a cabo distintos grupos étnicos en el pasado; mientras que en el artículo de Clara Guerrero y Cecilia Cruz (2007), se revisan los estudios teóricos vinculados a las condiciones de trabajo. Este ejercicio me hizo caer en la cuenta de que la historicidad es cimiento de la perspectiva socio-histórica y por lo tanto un indicador para ubicar desde qué perspectiva se desarrolla el problema salud-enfermedad.

- Para identificar el problema de salud-enfermedad dentro del contenido de los artículos de Enrique Beldarraín (2009), Clara Guerrero y Cecilia Cruz (2007), y Leopoldo Vega (2002), ubicados en la perspectiva socio-histórica, es necesario realizar una interpretación ya que este concepto se encuentra expuesto de forma implícita pero es posible irlo descifrando a lo largo de la lectura. Por ejemplo Enrique Beldarraín (2009) rescata que "la hegemonía de la medicina científica desde la que es ejercida una relación de poder, de fuerza, aplastante, que no deja espacio a prácticas alternativas" (Beldarraín, 2009:59). Esto me dejó entender que el autor no busca atender la enfermedad como un problema de salud causado por un virus o una bacteria, sino, más bien, originado en las relaciones de poder que son un elemento para explicar el problema de salud-enfermedad más allá de los aspectos biológicos. En el artículo de

Pedro Valencia (2007) al buscar el problema de salud-enfermedad sucede lo mismo que en la publicación de Enrique Beldarraín, es decir, el problema de salud se aborda de forma implícita pero resulta evidente cuando el autor del artículo analiza las jornadas laborales extenuantes, lo cual me permitió visualizar que la construcción del artículo se basó en una visión social e histórica, donde los problemas de salud-enfermedad están determinados por las condiciones políticas, económicas, sociales, culturales e ideológicas que impactan directamente en las condiciones materiales de vida y por lo tanto, en la forma de enfermar y morir, con todo lo cual pude concluir que las condiciones de trabajo impactan directamente en el PSE.

Plantean Juan Mendoza (2001) y Edgar Jarrillo (2011) que existen patrones de producción y consumo que forman parte de la determinación en los procesos de salud-enfermedad, también señalan que existe la historicidad en la salud colectiva. Esto me permitió identificar que estos autores utilizan algunos de los conceptos teóricos del marxismo y no sólo las explicaciones de la salud-enfermedad como una alteración fisiológica desde el paradigma estructural-funcionalista.

- Con la lectura completa de Juan Mendoza y Edgar Jarrillo (2001), pude interpretar que el problema de salud-enfermedad desde el paradigma social e histórico tiene que ver con la discusión que existe entre la forma en que los especialistas en el área de salud-enfermedad resuelven los procesos y problemas de salud-enfermedad en la práctica, es decir, desde las instituciones de salud pública o desde el trabajo comunitario de la salud colectiva, convirtiéndose estas dos vertientes en dos distintas formas de atender los procesos y problemas de salud-enfermedad. Al utilizar una metodología cualitativa la descripción de las cualidades de un fenómeno que explican un concepto puede abarcar una parte de la realidad, aunque no se trata de probar o de medir en qué grado una determinada cualidad se encuentra en un cierto acontecimiento dado, sino de descubrir tantas cualidades como sea posible. Al respecto, Juan Mendoza y Edgar Jarrillo (2001) hacen hincapié en que el objeto de transformación de la salud pública y la salud colectiva se encuentra en la profundidad del estudio del objeto de investigación en lugar de la exactitud con que lo atenderían las ciencias naturales desde su método cuantitativo.

Al utilizar mis dos primeras estrategias, consideré como pieza central en la lectura analítica de los artículos de la perspectiva socio-histórica y de las publicaciones de la

perspectiva estructural-funcionalista responder a la pregunta (¿Cuál es el problema de salud-enfermedad que identifica el autor y que estructura el desarrollo de cada artículo?). En ese sentido Enrique Beldarrain (2009) identifica y desarrolla el problema de salud-enfermedad vinculándolo con las relaciones de poder dentro de las distintas prácticas médicas que llevan en particular a que el problema de salud-enfermedad genere tres cosas: 1. La subordinación de la medicina herbolaria. 2. La subordinación del propio estudio sobre estas prácticas. 3. La escasa generación de espacios para ejercer este tipo de prácticas.

- Un indicador que me sirvió para identificar el tratamiento del tema de salud-enfermedad en los distintos artículos ubicados dentro de la percepción social e histórica, fue que estos están planteados bajo un método deductivo, por ello no es explícito el problema de salud-enfermedad pues se analiza todo un contexto en el que se desenvuelve su objeto de investigación, es decir, no sólo revisando el capitalismo como modo de producción, sino también se busca retomar otros elementos, como sucede en la publicación de Valencia (2007), que hoy en día valida al MMH en el que, por ejemplo, han surgido el descubrimiento de la célula o la invención del microscopio. Con la revisión del corpus comprendí que quienes analizan los procesos y problemas de salud-enfermedad desde la visión socio-histórica, consideran todo un panorama espacio-temporal, resultando con eso que no exista una única causa al problema de salud-enfermedad o bien una sola explicación a los procesos de salud-enfermedad sino más bien un conjunto de determinantes políticos, económicos, sociales, culturales e ideológicos. (Riveira, 2003 apud Guerrero y Cruz: 2007).
- Plantea Clara Guerrero y Cecilia Cruz (2007) que las condiciones de trabajo que privan en los pequeños establecimientos pueden esconderse principalmente por la forma de operar, debido a que la mayoría de ellas son contratadas por otras más grandes para la realización de un segmento de la producción, por lo tanto, la contratación que ofrecen a sus trabajadores suele ser temporal, lo que impide el cumplimiento de la normatividad y la legislación oficial en cuestión de salud y seguridad laboral. Esto me permitió comprender que las autoras implícitamente encuentran que el problema de salud es reflejo de las formas de hacer políticas sociales, es decir, las autoras entienden que las políticas son el reflejo de las pautas ideológicas dominantes que llevan a la desigualdad social a expresarse en las desigualdades en el trabajo. De manera general, considero que este artículo muestra

a la sociedad inequitativa donde existe un proceso de distribución desigual del poder. No sólo del poder que controla la propiedad y el uso de las riquezas materiales, sino del poder que se requiere para definir y expandir el derecho a la salud, al trabajo, etc.

- Otro componente que me parece rescatable es el de la reflexión, cuya importancia es notable en el artículo *Las políticas de salud en el Perú: una mirada crítica, donde se señala que durante los “tres días del V Curso Internacional de Salud Mental, no existió ni un minuto de reflexión sobre la conceptualización en salud mental”* (Romero, 2006:83). Al parecer, reflexionar no forma parte del MMH para resolver los procesos y problemas de salud-enfermedad; esto lleva a no atender el hecho de que existen diferentes colectivos que enferman y mueren de distintas formas, así como que se presentan procesos y problemas de salud-enfermedad que tienen esencial solución de acuerdo al contexto en el que se desarrollen los PSE y que para ello es importante el análisis y la reflexión en la se desenvuelven estos problemas de salud-enfermedad. Rescato lo anterior porque creo que con la reflexión no se busca una especialización en el tema donde sólo se dé respuesta a las conductas saludables y no saludables como en el artículo de Jesús Romero (2006) para abordar la salud mental, sino más bien, me parece que la reflexión en este tipo de explicaciones impacta a nivel de políticas de salud, es decir, la poca o vaga explicación a los procesos y problemas de salud-enfermedad que hace el MMH muchas veces son el único referente para la creación de políticas y programas en salud (Romero, 2006).
- Con referencia a que “las prácticas alimentarias no responden tan sólo a la necesidad biológica de llenar el cuerpo de combustible, según propondría una visión mecanicista del organismo humano, sino a las condiciones materiales y las representaciones simbólicas que articulan las relaciones sociales en las diferentes sociedades” (Mabel, 2007) pude interpretar que la autora comprende que las prácticas que lleva a cabo el MMH, en particular las de la alimentación, están determinadas por aspectos culturales-ideológicos en las que se desenvuelve cada colectivo y no sólo por aspectos biológicos, ligados a los estilos de vida (Mabel, 2007).
- Se acepta, por otro lado, que los hábitos alimentarios de algunos grupos sociales han empeorado, es decir, que desde un punto de vista nutricional comen mal y deben aprender a hacerlo bien, la razón de ello debería buscarse en los cambios registrados en la estructura social y la organización económica de estas sociedades. Porque son

# BIBLIOTECA UACM

éstas las que impiden (a través de la discriminación social, las largas jornadas laborales y formativas, la falta de tiempo para organizar la comida familiar, la pérdida generacional de competencias culinarias o la promoción del consumo compulsivo), otros modos de vida más saludables (García, 2007). La referencia anterior es el punto central que me ayudó a ubicar que este artículo se encuentra en la perspectiva socio-histórica, ya que me dejó descubrir las siguientes cosas:

1) implícitamente pude darme cuenta que la autora conoce las teorías y acciones de las perspectivas estructural-funcionalista y socio-histórica, en el momento que utiliza y diferencia conceptos como: 'comen mal y deben aprender hacerlo', 'discriminación social', 'jornadas laborales', entre otros.

2) Me di cuenta en este caso de que la autora no visualiza un problema de salud-enfermedad, como puede ser la obesidad, ligado a las conductas de alimentación o estilos de vida de los colectivos, sino más bien ubica el problema de salud-enfermedad como determinado por las condiciones en las que se desenvuelve cada colectivo, es decir, por aspectos políticos, económicos, sociales, culturales e ideológicos.

3) Implícitamente me di cuenta de que la autora comprende que existen clases sociales que son resultado de los modos de producción y diferencia a quienes poseen los medios de producción y a quienes tienen tan sólo la fuerza de trabajo, diferencia que provoca formas de enfermar y morir distinta entre los dueños de los medios de producción y los trabajadores.

4) Esto último me permitió comprender que la visión que se tiene sobre la sociedad determina la percepción para analizar y resolver los procesos y problemas de salud-enfermedad, esto es, una visión de la sociedad donde se relacionan aspectos políticos, económicos, sociales, culturales e ideológicos permite comprender que los procesos y problemas de salud-enfermedad vayan más allá de explicaciones sobre las conductas de los colectivos y más bien existan explicaciones desde lo social e histórico.

Con la lectura completa del texto de Mabel García (2007) puedo darme cuenta que la autora conoce y analiza las características de la práctica del modelo médico hegemónico aplicadas a la alimentación, por ejemplo identifica que dentro de esta

perspectiva existe la normalización dietética donde se llevan acciones como el de transmitir información entorno a una dieta equilibrada, el poner un patrón alimentario basado en la restricción y promoción del consumo de ciertos alimentos y nutrientes especificando -qué y cuanto comer-, inclusive llevando a cabo la prescripción de un conjunto de pautas relativas a cómo, cuándo y con quién hacerlo, cuyos objetivos están encaminados sólo a regular los cuidados del cuerpo desde el equilibrio homeostático.

- En este análisis pude identificar que existen dos formas diferentes de entender y resolver los procesos y problemas de salud-enfermedad. Los autores Juan Mendoza y Edgar Jarrillo (2011) hacen explícitas estas dos metodologías cuando se refieren a que: existen diferencias fundamentales que permiten delimitar claramente el campo de la salud pública y el de la salud colectiva; una de las diferencias más críticas es el manejo del concepto de "causalidad" en contraposición al manejo del concepto de "determinación"<sup>37</sup> (Mendoza y Jarrillo, 2011). Esta distinción me permite entender que se ha construido conocimiento desde dos diferentes miradas para explicar los procesos y problemas de salud-enfermedad, lo cual creo que contribuye a cimentar las explicaciones de cada una de las formas de abordar los problemas de salud, y por lo tanto, a colaborar con nuevas perspectivas basadas en otros fundamentos teóricos-metodológicos, con lo que se crea una postura crítica ante los procesos y problemas de salud-enfermedad que no se conforma con dar razón de aquello que se sustenta en el modelo biológico. Así, existen visiones distintas que llevan a la construcción y transformación de su propio objeto de estudio (Mendoza y Jarrillo, 2011).
- Las teorías explicadas por Juan Manuel Mendoza y Edgar Jarrillo (2011) acerca de cómo funciona la causalidad dentro del modelo de la salud pública, específicamente las relaciones A y B (causa-efecto), y las explicaciones sobre determinación colectiva me permiten entender que no se asume la causalidad como principio de los procesos y problemas de salud-enfermedad, sino que estos autores se apropian de la existencia

---

<sup>37</sup> La "causalidad" es un elemento para dar explicación a los procesos y problemas de salud-enfermedad desde la perspectiva estructural-funcionalista, que está relacionado con identificar la(s) causa(s) biológica(s) que provoca(n) la enfermedad. La "determinación" es un principio para dar explicación a los procesos y problemas de salud-enfermedad desde la perspectiva socio-histórica que se encuentra vinculada con la deducción de los aspectos políticos, económicos, sociales, culturales e ideológicos que intervienen en el fenómeno de salud-enfermedad.

de otras explicaciones en las cuales el abordaje se hace desde la determinación política, económica, social, cultural e ideológica y no sólo desde un hecho causal.

Por su carácter apriorístico, la causalidad es una determinación lógica y no una determinación empírica (Mendoza y Jarrillo, 2011:849), lo que me permitió interpretar que desde la salud colectiva existe un grado mayor de complejidad al explicar los procesos y problemas en el campo de la salud.

- “La salud colectiva surge de la necesidad de superar la visión reduccionista sobre el origen de las enfermedades, la cual se caracteriza por una perspectiva donde la realidad compleja se limita a expresiones sistemáticas y el supuesto empirista que niega la posibilidad de conocer la esencia de las cosas” (Mendoza y Jarrillo, 2001:850). Un argumento como el anterior me dejó ubicar que este un documento está construido desde la visión socio-histórica puesto su postura es concreta al comprender que existe en la causalidad elementos que van más allá de su explicación lineal causa-efecto (Mendoza y Jarrillo, 2001).
- El autor Enrique Beldarraín (2009) identifica explícitamente la práctica de la meritocracia al poner el siguiente ejemplo: “...que después de la primera epidemia de cólera de 1833<sup>38</sup> se constituyó la Junta Superior de Gubernativa de Medicina y Cirugía, una de las prerrogativas del presidente de la misma fue el monopolio informativo de todos los temas relacionados con la salud, y el presidente de la misma ofició como censor de la prensa de la colonia, pues todos los artículos referentes al tema a publicarse en los periódicos existentes tenían que llevar su aprobación” (Beldarrín, 2009: 65). Con este ejemplo pude entender el cuestionamiento que hace la perspectiva socio-histórica a la meritocracia, según la cual se le da el reconocimiento solamente a los hombres que tienen una formación académica bajo el MMH, posicionándolos por encima del resto de las distintas prácticas de salud como la medicina herbolaria. Esto tiene como resultado que las prácticas alternativas de salud se perciban como colectivos subordinados con capacidades distintas respecto a los que construyen el conocimiento bajo el modelo hegemónico (Beldarraín, 2009).
- Pedro Valencia (2007) afirma que “La legitimación de la sociedad capitalista no se apoya en la brujería o la magia sino en la ciencia”. Considero que esa afirmación trae como consecuencia que a las prácticas que no utilizan como base la ciencia, la

---

<sup>38</sup> La epidemia de cólera de 1833 registró sus principales brotes en la Ciudad de México.

tecnología, la experimentación, la comprobación, etc., se les ubique como prácticas sin reconocimiento.

El mismo autor ubica, implícitamente, que la práctica del MMH se ha convertido en una práctica hegemónica y dominante. Sin embargo, esta postura es visible al revisar en el artículo la descripción de su investigación en la que hace una especie de comparación de la práctica actual entendida por el MMH con las prácticas antes del siglo XIX. Hace referencia, por ejemplo, a que el número de prácticas en aquellos años no es comparable con las que existen en la actualidad, pues rescata que existían la magia, la brujería, la alquimia, el aplasto, los sudores, el rezo, los ritos con animales, la herbolaría, el castigo corporal, el ayuno, la danza, el uso de alucinógenos, etc. Con todo ello el autor relata que en esta época ninguna de estas prácticas se encontraba por encima de otra, sino más bien el predominio de alguna dependía de su eficacia al dar respuesta a los males que se presentaban (Valencia, 2007).

- Por otra parte, Pedro Valencia (2007:13) sostiene que “predomina la jerarquía y el criterio monacal sobre el saber propiamente médico”, lo cual me permitió interpretar que el autor además de dar explicación al concepto de PSE, busca dar una explicación desde el contexto en el que vive la sociedad, ubicando al capitalismo como escenario central e influyente dentro de las distintas prácticas de salud-enfermedad.
- La tesis de Jesús Romero (2006) sustenta que al hablar de salud, en realidad se trata de enfermedad. Comprendí con lo anterior que, por ser dos conceptos interrelacionados, la enfermedad no se puede desvincular de la salud y viceversa. Es decir, para entender la salud-enfermedad debemos explicárnosla como un continuo proceso que fluctúa entre la salud y la enfermedad.
- En esta tesis, Jesús Romero (2006:80), analiza la postura de Bravo, García, Serrano y Bernal quienes en el año 1991 definen la salud de manera tradicional, “rescatando que la definición es reduccionista, supone una visión fatalista del ser humano: este se enferma por acción de un agente, el hombre no es responsable de su salud quien tiene el saber y poder es el profesional, y concibe al hombre como una máquina que puede ser analizada en términos de sus partes”. Este análisis crítico me permite crear bases sólidas para impulsar el desarrollo de un pensamiento a través del cual sea posible comprender y transformar una realidad que resulta compleja y dinámica. Por otro lado, observé que el autor no se apropia del concepto de salud, así sea una

definición establecida por una organización, si no más bien, busca exponer la salud como algo complejo de forma que su explicación no quede en un concepto funcional.

- Por su parte, Leopoldo Vega realiza un análisis de la definición de salud que postula la OMS, concluyendo que: “bienestar es usado como sinónimo de salud” (Vega, 2002:259). Sumado a esto el autor menciona que la definición de salud desde lo hegemónico lo lleva a pensar que: “la salud es equiparable a una vida placentera en lo físico, en lo mental y en lo social, como si el placer emanado de los sentidos corporales fuese el fin último que persigue una vida sana y, al construir la definición, los autores se hubieran inspirado en la salud eterna del cielo prometido” (Vega, 2002:59).

Con la revisión del artículo de Leopoldo Vega (2002) me fue posible entender que aunque dentro del marco-teórico de su ensayo se abordan conceptos de salud desde lo hegemónico, este autor con su análisis descubre la linealidad, la presencia y la fuerza que han tenido tales conceptos en la época contemporánea con respecto a la percepción de salud, como cuerpo biológico, ubicando que percepciones de salud como la socio-histórica se dejaron de lado al mencionar que: “las definiciones de salud habían ubicado su interés en el hombre individual olvidándose de la salud colectiva” (Vega, 2002:263).

- Encuentro que Leopoldo Vega le da historicidad a su explicación a lo largo del ensayo valiéndose para su desarrollo de elementos de la perspectiva socio-histórica como: las culturas y las creencias-ideologías al abordar la construcción en salud en el antiguo Egipto, Mesopotamia, China y Grecia. Ejemplo de esto se encuentra en la culturas mesopotámicas donde afirma que “prevalecía la idea de que las enfermedades eran el castigo que los dioses imponían a los hombres que transgredían sus normas” (ibíd: 260); en Grecia por ejemplo, se asignaba al amor y al odio en un papel esencial; se creía que la mezcla íntima de fuego, aire y tierra se daba porque el amor había dominado al odio (Ibíd: 261).
- Clara Guerrero y Cecilia Cruz (2007) dentro de su estudio a una procesadora de alimentos, señalan que los riesgos que predominan en la empresa son: ruido, calor, cambios bruscos de temperatura, así como los que se derivan de la infraestructura. Las principales exigencias detectadas son de tipo ergonómico asociadas, además, a jornadas mayores de 48 horas: cargar, empujar o jalar objetos pesados y emplear

movimientos de fuerza, entre otras. Con el planteamiento anterior se hizo evidente que el interés de las autoras está en el reconocimiento de la determinación de los daños más allá de sus causas directas como podrían ser el estrés o algún dolor muscular, es decir, el estudio busca reconocer aspectos no visibles como son: la organización laboral, las relaciones de lo laboral con lo no laboral, y el reconocimiento de la fuerza de trabajo por quienes pertenecen a la procesadora de alimentos.

- Las condiciones de trabajo que privan en los pequeños establecimientos, pueden esconderse principalmente por la forma de operar, debido a que la mayoría de ellas son contratadas por otras más grandes para la realización de un segmento de la producción, por lo tanto, la concentración que ofrecen a sus trabajadores suele ser temporal, lo que impide el cumplimiento de la normatividad y la legislación oficial que se refleja en cuestión de salud y seguridad laboral (Riveira, 2003 apud Guerrero y Cruz: 2007).
- La publicación de Clara Guerrero y Cecilia Cruz (2007) me permitió comprender que las autoras implícitamente encuentran que el problema de salud-enfermedad es el reflejo de las formas de hacer políticas sociales, esto es, las autoras entienden que las políticas son el reflejo y la racionalización de las pautas ideológicas dominantes que llevan a la desigualdad social, expresión de las desigualdades en el trabajo. De manera general considero que este artículo muestra la sociedad inequitativa donde existe un proceso de distribución desigual del poder. No sólo del poder que controla la propiedad y el uso de las riquezas materiales, sino del poder que se requiere para definir y expandir el derecho a la salud, al trabajo, etc.

## **Resultados de la revisión de ambas perspectivas a partir del análisis teórico/metodológico**

A continuación desgloso los resultados encontrados con la aplicación de la metodología. Para ello encuentro conveniente dividir esta sección en tres distintos apartados: el primero, al que título *De la búsqueda* reside en presentar lo encontrado en el primer acercamiento a las distintas bases de datos, que brinda un panorama general de acceso a la información; el segundo, al que título *Sobre el sitio* consiste en exponer los resultados de la búsqueda en las bases de datos seleccionadas y no seleccionadas; el tercero, al que título *Sobre los artículos* es pieza clave de esta investigación porque consiste en presentar los datos relevantes producto de las estrategias de análisis de los artículos.

### ***De la búsqueda***

- El acceso a la base de datos de la UACM ofrece acceso a las siguientes bases: EBSCOhost, Infolatina, Dialnet, Psycodoc, Magnaverum, CINDOC y Redalyc.
- La UACM cuenta con una base de datos y revistas electrónicas. El personal bibliotecario brinda capacitaciones a la comunidad estudiantil con el objetivo de brindar asesoría sobre la forma de acceso y manejo de cada uno de los contenidos de los sistemas de referencias.
- Para ingresar a la base de datos Dialnet es necesario realizar un pre-registro para que el sistema de información permita el acceso a la misma, lo que no ocurre con el resto.
- Cada base de datos con la que cuenta la UACM tiene claves de acceso remoto para que cualquier miembro de la comunidad universitaria pueda acceder desde su casa o cubículo.
- Existen distintos sistemas de referencias a los que es posible acceder por la web como el sistema llamado Scielo.
- Hay sistemas académicos por los que hay que pagar una cuota para su acceso.

## ***Sobre el sitio***

El acceso a la base de datos de la UACM cuenta con siete sistemas de referencia.<sup>39</sup>

(Bases seleccionadas de la UACM)

### 1. Dialnet

- Comprende la mayor parte de la producción científica en español, con la mejor cobertura regional y la mayor cantidad de textos completos en nuestro idioma. Contiene más 50,000 artículos de revistas y más de 8,000 tesis doctorales.
- Cuando en un primer momento se ha delimitado el tipo de información y documento que se requiere, la base de datos Dialnet proporciona acceso a su colección de documentos a través de tres diferentes maneras: la primera por términos de la búsqueda; la segunda por búsqueda de autor o título, o por ambas; y la tercera es por tipo de documento ya sea artículo de revista, artículo de libro o tesis colectivos.

### 2. Redalyc

- El sistema de información científica Redalyc es una red de revistas científicas de América Latina, España y Portugal.
- Se clasifica en dos áreas: ciencias sociales y humanidades y ciencias naturales y exactas. La primera contiene 545 revistas con 141,706 artículos; y la segunda 224 revistas con 77,123 artículos.
- Dentro de la clasificación de ciencias sociales y humanidades, se encuentran distintos vínculos para ramas como: administración pública, antropología, arte, ciencias de la información, comunicación, cultura, demografía, derecho, economía,

---

<sup>39</sup> Como se describió en la metodología de este trabajo de investigación, de la base de datos de la UACM sólo se seleccionó Dialnet y Redalyc. Y se recurrió a trabajar una tercera base de datos llamada Scielo. Por eso con Dialnet, Redalyc y Scielo se realizó una descripción más detallada de lo encontrado con respecto a las otras bases, pues tuve un acercamiento más directo con esas tres.

educación, estudios agrarios, estudios ambientales, estudios territoriales, filosofía, ciencias geográficas, historia, lenguaje, literatura, política, psicología, relaciones internacionales, salud y sociología.

- En la clasificación de ciencias naturales y ciencias exactas se encuentran vínculos para ramas como: agrociencias, arquitectura, astronomía, biología, oceanografía, química y veterinaria.

Con respecto a la tercera base de datos utilizada, se trata de un sistema de información independiente a los que tiene la UACM y ahí encontré lo siguiente:

### 3. Scielo

- La colección Scielo-México está incorporada a la red región Scielo, la cual está conformada por las colecciones de revistas académicas de 15 países: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, España, México, Paraguay, Perú, Portugal, Sudáfrica, Uruguay y Venezuela. La colección Scielo-México es desarrollada por la Dirección General de Bibliotecas (DGB) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).
- La base de datos Scielo proporciona acceso a su colección de revistas a través de dos modos de consulta: 1. Revistas. A través de listas de títulos, de materias, o una opción de búsqueda avanzada por los elementos principales de cada revista: palabras en el título, materias, editorial y lugar de publicación. 2. Artículos. Proporciona acceso al texto completo de los documentos a través de un índice de autores, materias, palabras clave o una opción de búsqueda avanzada que permite combinar los principales elementos de los documentos: palabras del título, autor, materia, resumen y año de publicación.
- Las opciones de búsqueda también ofrecen la posibilidad de realizar truncamiento de términos. El listado de resultados permite acceder a los documentos a través de los resúmenes en español e inglés y del enlace al texto completo en formato HTML, desde donde es posible utilizar diferentes funciones para manejar los documentos: descargar en formato PDF, buscar referencias, hacer modelos para

citas bibliográficas, realizar traducción automática a otros idiomas y enviar por correo electrónico, entre otras.

(Bases de la UACM no seleccionadas)

1. EBSCOhost cuenta con cinco clasificaciones:

- *Academic Search Complete*: que contiene índices y resúmenes para más de 11,000 títulos, de los cuales, más de 7,000 están disponibles en texto completo en temas como aeronáutica, agricultura, antropología, arqueología, arquitectura y diseño, astronomía, biología, química, ingeniería, física, psicología, religión y teología, etc.
- *Art & Architecture Complete*: provee textos completos de más de 230 publicaciones y más de 100 libros y monografías. Permite acceder a publicaciones electrónicas en texto completo e incorpora 340 fuentes, entre las que destacan revistas, agencias de noticias y periódicos.
- *Humanities Internacional Complete*: proporciona textos completos de cientos de publicaciones de todo el mundo. Da acceso a índices y resúmenes de cubierta para más de 2,200 títulos y contiene más de 2.71 millones de registros. Esta base de datos incluye toda la información de *American Humanities Index* y *Humanities Internacional Index*. Además de contenido en texto completo de 1,030 publicaciones.
- *Fuente Académica Premier*: contiene más de 700 revistas académicas en texto completo y 30 libros provenientes de México, toda América Latina, Portugal y España. Con énfasis en agricultura, ciencias biológicas, economía, historia, derecho, literatura, filosofía, psicología, administración pública, religión y sociología.
- *SocIndex with Full Text*: su índice contiene más de 2,066,400 registros, con 19,750 encabezados de materia provenientes de su catálogo específico en sociología diseñado por lexicógrafos. Este archivo contiene resúmenes informativos para más

de 1,200 títulos centrales, remontándose a 1985. *SocIndex with Full Text* tiene texto completo para 77 títulos, 820 libros y monografías y 13, 947 memorias de conferencia.

## 2. Infolatina

- Permite acceder a publicaciones electrónicas en texto completo e incorpora 340 fuentes, entre las que destacan revistas, agencias de noticias y periódicos.

## 3. Psicodoc

- Es la colección de documentos de psicología y educación más importantes de España y América Latina en los temas de educación, trabajo social y psicología educativa. Contiene 10, 000 textos, 617 revistas, 571 congresos y 1,135 libros.

## 4. MAGNAVERUM

- La enciclopedia en español cuenta con 10 volúmenes de contenido, además de herramientas interactivas, video, audio, materiales, monografías, fórmulas, etc.

## 5. CINDOC

- Contiene datos referenciales de artículos publicados en revistas científicas españolas y otros documentos científicos y técnicos. Se divide en tres áreas: ICYT: Agrupa literatura en el área de ciencia y tecnología. ISOC: Recoge referencias en ámbito de las ciencias sociales y humanidades. IME: Base de datos especializada en área médica.

### ***Sobre los artículos***

Del total de los artículos revisados, es decir, del 100%:

- El 50% de los artículos revisados pertenecen a la perspectiva estructural-funcionalista.
- El otro 50% de los artículos revisados pertenecen a la perspectiva socio-histórica.

A continuación presento lo encontrado desde la perspectiva estructural-funcionalista y después los resultados que arroja el paradigma socio-histórico.

### **Artículos de la perspectiva estructural-funcionalista:**

- En la búsqueda del total de artículos de la perspectiva estructural-funcionalista fue necesario referirse a casos concretos, ya que, por ejemplo, si se buscaba los conceptos como proceso salud-enfermedad, problema de salud-enfermedad, salud o enfermedad, la base de datos no me presentaba artículos para dar explicación a estos conceptos, sino más bien desplegaba una serie de documentos relacionados a la explicación por ejemplo de obesidad, diabetes, etc.
- Algunos de los artículos de la perspectiva estructural-funcionalista tratan de retomar, dentro de sus explicaciones, elementos y conceptos que se acercan a las explicaciones de la perspectiva socio-histórica, pero no se deja de corporeizar la enfermedad como un desequilibrio homeostático.
- En resumen, se encontró que la mayor parte de los artículos de la perspectiva estructural-funcionalista se estructuran por: título, resumen, lista de palabras clave, introducción, breve marco teórico-refencial, descripción del material y diseño metodológico y finalmente, presentan una serie de resultados.<sup>40</sup>
- El título: en la mayoría de los artículos es posible identificar a partir del título el objeto de investigación y por lo tanto la perspectiva de estudio. En los artículos de la perspectiva estructural-funcionalista, generalmente, el título tiene implícito que el fenómeno de investigación es un objeto biológico y de experimentación que principalmente contextualiza y atiende la enfermedad.  
Ejemplo:  
"Conducta del enfermo ante el dolor crónico" (Lavielle, et.al, 2008)
- El resumen: en la mayoría de los artículos el resumen es breve y hace explícito el(los) objetivo(s). Y se sintetiza el material contenido como por ejemplo, métodos utilizados y resultados obtenidos.

---

<sup>40</sup> La manera en que se muestra la mayoría de los contenidos de esta investigación es de forma descriptiva y empírica que consiste fundamentalmente en establecer la comparación de una serie de variables con respecto a su objeto de investigación.

- Las palabras: en la mayor parte de los artículos las palabras clave tienen que ver con definir el contenido que se desenvuelve. En los artículos de esta perspectiva es notoria la tendencia a encontrar por los menos la mitad de palabras clave (anexo I) relacionadas a aspectos biológicos.

Ejemplo:

Objeto de estudio: influenza AH1N1

Palabras clave: gripe humana, virus de la influenza A, infecciones del tracto respiratorio, vigilancia epidemiológica, virus sincitial respiratorio, salud pública (Nuñez et.al 2011)

- La introducción: en casi todos los artículos la introducción proyecta el planteamiento del problema y se señalan algunos inconvenientes enfrentados como son: la disponibilidad de recursos o de tiempo, limitaciones de orden científico y el insuficiente nivel de avance científico sobre el que se desenvuelve el objeto de investigación.
- El marco teórico-referencial: en gran parte de los artículos se desarrolla éste bajo el formato de dar explicación a los procesos biológicos en los que se desenvuelve el objeto de investigación. En realidad este marco suele ser breve e inductivo pues considera sólo un tiempo y espacio, hace énfasis únicamente en la enfermedad, es decir, se aborda el problema de salud desde el aspecto biológico.
- La descripción del material y métodos utilizados: en la mayoría de los artículos se le da amplia explicación a la descripción del material y métodos utilizados. Con respecto al material o herramientas, en la mayor parte de los artículos se utilizan programas estadísticos, gráficas, tablas, etc., donde se comparan una serie de variables. La metodología presentada las más de la veces es descriptiva y empírica, tiene el objetivo de cuantificar el objeto de investigación; para ello se apoya en la utilización de tasas, razones y proporciones, a partir de la aplicación de distintos muestreos que este tipo de investigación cuantitativa aplica.
- Los resultados: en la mayoría de los artículos se plantea un apartado de resultados, una vez más se hace explícito que se trabaja bajo el método inductivo,

en dicho apartado se reporta la situación del fenómeno de estudio sin retomar el marco teórico-referencial utilizado.

### **Artículos de la perspectiva socio-histórica:**

- En la búsqueda del total de artículos de la perspectiva socio-histórica sucedió lo contrario a lo explicado en la perspectiva estructural-funcionalista: cuando en el buscador de las bases seleccionadas se indicaba “proceso salud-enfermedad”, o alguna otra de las palabras clave (anexo I), la base mostraba una gran cantidad de documentos referentes a la palabras utilizadas.
- En resumen, se encontró que la mayor parte de los artículos de la perspectiva socio-histórica contienen: título, resumen, palabras clave, introducción, marco teórico-referencial, planteamiento del diseño metodológico y reflexiones o conclusiones. La forma en que se presenta el contenido de esta información es bajo un procedimiento analítico, que consiste fundamentalmente en establecer la comparación de determinantes con respecto a su objeto de investigación.
- El título: en la mitad de los artículos es posible identificar en el título del artículo el objeto de investigación. Particularmente en la mayor parte de los textos revisados el objeto de investigación es relacionado con las condiciones sociales, políticas, económicas, culturales e ideológicas imperantes.
- El resumen: en la mayor parte de los artículos el resúmen es amplio, y es posible encontrar de forma implícita los objetivos.
- Las palabras clave: en casi todos los artículos las palabras clave tienen que ver con contribuir a darle contexto al objeto de estudio. En la mayoría de artículos de esta perspectiva es posible encontrar que las palabras clave tienen relación con estudiar los determinantes en salud.

Ejemplo:

Objeto de estudio: Condiciones de trabajo y salud de los trabajadores de una empresa procesadora de alimentos

Palabras clave: condiciones de trabajo y salud ocupacional (Guerrero y Cruz, 2007).

- La introducción: en la mayor parte de los artículos la introducción bosqueja el planteamiento del problema, describe la dificultad y desventajas que el investigador encuentra en el objeto de investigación, particularmente esta parte busca desarrollar un contexto político, económico, social, cultural e ideológico sobre el objeto de investigación y para ello retoma una visión histórica.
- El marco teórico-referencial: en general, se proporciona un abordaje amplio al marco-referencial, se genera un fenómeno dialéctico en su explicación, es decir, siempre se analiza el contexto en el que se desenvuelve el objeto de investigación para explicar el fenómeno. Lo anterior lleva a que esta parte se convierta en algo metódico.
- El diseño metodológico: casi la totalidad de artículos utiliza un método cualitativo donde se trabaja por ejemplo con: entrevistas semi-estructuradas, estructuradas, a profundidad, historias de vida, análisis del discurso y análisis del fenómeno desde un contexto político, económico, social, cultural e ideológico. Finalmente, no existe descripción de material.
- Las conclusiones o reflexiones: prácticamente en todos los artículos se cierra con una serie de conclusiones o reflexiones que llevan a retomar el marco teórico-referencial de forma deductiva.

## Capítulo 5. Promoción de la Salud y el objeto de estudio

### Reflexión

El análisis de dos perspectivas, con teorías y metodologías distintas, pero cuyo objetivo de estudio es el mismo –contribuir a la explicación de los procesos y problemas de salud-enfermedad–, me permitió:

1. Como profesional en el campo de promoción de la salud, construir una visión crítica hacia los procesos y problemas de salud-enfermedad en los que se ven envueltos los distintos grupos. Esto no significa que arremeta hacia una u otra perspectiva, pues me doy cuenta que tanto la perspectiva estructural-funcionalista como la perspectiva socio-histórica tienen antecedentes teóricos-metodológicos bien sustentados, aunque las lleva a diferenciarse en tres aspectos, a saber:

Primero: identificar distintos fenómenos de investigación. Por ejemplo, desde la perspectiva estructural-funcionalista el fenómeno que interesa estudiar son las causas biológicas por las cuáles el ser humano enferma y muere, es decir, cuáles son los factores de riesgo y factores de protección que intervienen para el desequilibrio homeostático en el ser humano, para, de forma inductiva, transmitir modelos universales como el de estilos de vida o higiénico preventivista, con el objetivo de que la población conozca los distintos factores de riesgo que provocan la enfermedad y tome medidas preventivas de forma individual para preservar su salud y así evitar y controlar epidemias. Todo lo cual tiene que ver con la teoría de causa-efecto ante la explicación de los problemas y procesos de salud-enfermedad.

Desde la perspectiva socio-histórica, en cambio, el fenómeno a estudiar son las determinaciones políticas, económicas, sociales, culturales e ideológicas que intervienen en los procesos y problemas de salud-enfermedad. Esto es resultado de que dentro de esta perspectiva se entiende que las enfermedades y muertes se presentan de forma distinta de un colectivo a otro, pues el contexto en el que se desenvuelven los distintos grupos expresa las desigualdades sociales. Lo anterior tiene que ver con que esta perspectiva busca reconocer y trabajar bajo una teoría histórica y social que atienda las causas sociales para transformarlas.

Segundo: comprender que desde la perspectiva estructural-funcionalista, el investigador atiende todo aquello que tenga la característica o capacidad de ser experimentado, comprobado, cuantificado y observado, estudiando un fenómeno muy particular desde un método inductivo. Otro aspecto que desde esta perspectiva se privilegia es el cuerpo humano individual y su objetivo es curar cada caso. Mientras que desde la perspectiva socio-histórica, el investigador pone la mirada en las explicaciones sobre las determinaciones políticas, sociales, culturales e ideológicas que provocan la desigualdad social, trabajando bajo un método deductivo que atiende a los grupos sociales, es decir, considera que el estudio del fenómeno de salud en la población debe realizarse por colectivos pues existen distintas condiciones sociales que diferencian a un grupo de otro.

Tercero: comparar ambas perspectivas y constatar que las dos resultan valiosas para solucionar, desde su teoría, los fenómenos de salud. Desde la perspectiva estructural-funcionalista se rescata que las enfermedades se presentan de forma universal, causadas en su mayoría por aspectos biológicos y sociales (aunque de esto último no se hace un análisis profundo porque la premisa de su explicación de salud es el completo estado de bienestar biopsicosocial y no sólo la ausencia de enfermedad). Desde la visión socio-histórica los aspectos que sobresalen para explicar el fenómeno de estudio, es que existe la determinación social, es decir, una serie de determinantes relacionados entre sí que inducen a formas de enfermar y morir distintas de acuerdo a las formas de inserción en los modos de producción y a la calidad de vida en la que se desarrolla cada colectivo.

Considero que la diferenciación e identificación de estos tres aspectos contribuye a responder a las dos primeras preguntas de investigación (¿Cuáles son las fortalezas teóricas y metodológicas de cada una? ¿Cuáles son sus problemas teóricos y metodológicos?).

Con respecto a las fortalezas y los problemas teórico-metodológicos de la perspectiva estructural-funcionalista, encuentro que una de sus ventajas indiscutibles es que esta perspectiva tiene la capacidad de prevenir futuras endemias y pandemias; y su deficiencia más acusada corresponde a universalizar los fenómenos de salud-enfermedad, es decir, su ventaja y su deficiencia hacen explícito que el paradigma estructural-funcionalista percibe que los distintos colectivos enferman y mueren por las mismas causas y no atendiendo a que existen diferentes perfiles patológicos entre ellos.

Por su parte encuentro que las fortalezas de la perspectiva socio-histórica se relacionan con ubicar que los colectivos enferman y mueren de forma particular por distintas causas debido a que existe una serie de determinantes socioeconómicos que se reflejan en la presencia de perfiles patológicos similares en el colectivo, es decir, esta perspectiva desarrolla un alto nivel de explicación social. El problema que encuentro dentro de esta perspectiva está relacionado con que los procesos y problemas de salud-enfermedad se atienden por colectivo, lo que significa que es necesario la formación de especialistas dentro de este enfoque, pues ésta es una explicación teórico-metodológica compleja y dialéctica.

2. El siguiente aprendizaje que me ha dejado esta investigación es reconocer que el pensamiento crítico dialéctico de la perspectiva socio-histórica no reduce su conocimiento a estudiar la sociedad como una estructura al explicar los procesos y problemas de salud-enfermedad. Considero que dicha perspectiva reconoce sus propias condiciones generativas y su capacidad de transformación a partir de contextualizar. Me doy cuenta que esta percepción es un factor indispensable en la discusión de estrategias para resolver los problemas de salud-enfermedad y que contribuye a la construcción de proyectos alternativos de la sociedad pues contiene la propuesta para abordar la realidad social a partir de reformular las categorías generales de su marco-teórico, recurriendo a nuevos conceptos y métodos planteados a lo largo de la historia.

3. Otro de mis aprendizajes consistió en comprender “el poder de la legitimidad del discurso” de la perspectiva estructural-funcionalista, la cual adquiere su legalidad a través de un paradigma científico, que se puede ejemplificar con el estilo de la medicina y la salud pública tradicionales cuya línea de acción consiste en esclarecer que los procesos y problemas de salud-enfermedad obedecen a manifestaciones observables y medibles del proceso biológico. Sumando a esto la legitimación del discurso que adquiere dicha perspectiva, se encuentra la sobrevaloración y estatus que el Estado le da desde tiempo atrás al conocimiento médico en detrimento de la perspectiva que aludía como causantes de los fenómenos de salud a las condiciones sociales. La cientificidad se convierte entonces en imprescindible para el Estado como para la perspectiva estructural-funcionalista porque, con esa justificación, se limitan a atender y resolver los aspectos únicamente biológicos dejando de lado las determinaciones socioeconómicas. Esta visión del Estado se fue corporeizando a lo largo de la historia, convirtiéndose en el poder para hegemonizar y subordinar a las distintas prácticas médicas.

La legitimidad identificada en el discurso me deja comprender que el poder que sustentan las ciencias naturales les permite adoptar la capacidad de establecer verdades concretas y les impulsa a asumirse como legitimadoras de explicaciones que deben difundirse desde una posición de conocimiento único. Bajo algunas circunstancias, algunas colectividades aceptan ese papel de las ciencias naturales como fuente principal de ideas sobre lo que debe ser ahora la salud y que se deberá transmitir al futuro. A través del discurso de la objetividad, las ciencias naturales operan como un elemento de peso en las relaciones de poder que penetran la vida cotidiana, pues las disciplinas científicas y lo que de ellas se filtra hacia los colectivos, funciona como una influencia intelectual en los aparatos ideológicos.

4. Uno más de mis aprendizajes está relacionado con exponer los alcances y limitaciones que me ha dejado la presente investigación, pues considero que me permite ser una profesional autocrítica. Muestra de ello es el siguiente cuadro, donde reviso de manera general las aportaciones de uno de los cuatro capítulos.

<b>Capítulo 1. Delimitación del objeto de estudio</b>		
<b>Apartado</b>	<b>Alcances que encuentro al término de esta investigación</b>	<b>Limitantes que encuentro al término de esta investigación</b>
<b>Los antecedentes históricos en el campo de Promoción de la Salud</b>	Me permitió contextualizar sobre el desarrollo histórico de las prácticas explícitas e implícitas en Promoción de la Salud; y por lo tanto me lleva a identificar las necesidades que llevó a la UACM crear la licenciatura en PS.	Ninguno
<b>El planteamiento del problema</b>	Fue de utilidad para hacer explícitas y contextualizar las problemáticas en las que mi tema de investigación se ve inserto.	Ninguno
<b>Objetivos</b>	El objetivo general me permitió delimitar el tema de investigación, y los tres	Ninguno

Continuación

	objetivos particulares me sirvieron para trabajar sobre el objetivo general.	
<b>Justificación</b>	Me fue útil para exponer las razones por las cuales desarrollo el presente trabajo.	Ninguno
<b>Ejes analíticos</b>	Me permitieron presentar los argumentos que, en un principio de la investigación, me llevaron a analizar las perspectivas estructural-funcionalista y socio-histórica.	Ninguno
<b>Capítulo 2. Marco teórico-referencial</b>		
<b>Apartado</b>	<b>Alcances que encuentro al término de esta investigación</b>	<b>Limitantes que encuentro al término de esta investigación</b>
<b>Origen de las ciencias sociales y naturales.</b>	Me permitió identificar el principio de cada ciencia y relacionar esto con la construcción de las perspectivas estructural-funcionalista y socio-histórica, ya que me di cuenta que hoy en día el avance e investigación de cada ciencia repercute en la hegemonía y subordinación de la perspectivas estructural-funcionalista y socio-histórica para el trabajo teórico-práctico en el área de salud, así como en las políticas sociales y de salud.	Ninguno
<b>Conceptos centrales</b>	A través de estos conceptos me fue posible contrastar la visión que tiene cada perspectiva, para poder analizar los aportes de las	Ninguno

Continuación

	dos diferentes perspectivas.	
<b>Capítulo 3. Metodología</b>		
<b>Apartado</b>	<b>Alcances que encuentro al término de esta investigación</b>	<b>Limitantes que encuentro al término de esta investigación</b>
<b>Descripción de la metodología</b>	Me permitió plantear el método y herramientas para analizar los dos objetos de investigación, es decir, la perspectiva estructural-funcionalista y la socio-histórica.	<p>El número de bases de datos seleccionadas fueron muchas y fue imposible agotar su lectura.</p> <p>Las bases no seleccionadas también contienen información relevante con respecto a las perspectivas estructural-funcionalista y socio-histórica dentro de los procesos y problemas de salud enfermedad.</p> <p>El número de publicaciones por base es amplio, inclusive existe un archivo de publicaciones actuales y anteriores que merecerían una investigación más profunda.</p>
<b>Capítulo 4. Análisis y resultados</b>		
<b>Apartado</b>	<b>Alcances que encuentro al término de esta investigación</b>	<b>Limitantes que encuentro al término de esta investigación</b>
<b>Análisis y resultados</b>	Me permitió reconocer y hacer explícitas las explicaciones teórico-metodológicas que cada paradigma propone de las categorías revisadas en los dos primeros capítulos.	Ninguno
<b>Capítulo 5. Promoción de la Salud y el objeto de estudio</b>		
<b>Apartado</b>	<b>Alcances que encuentro al</b>	<b>Limitantes que encuentro al término de esta</b>

Continuación

	<b>término de esta investigación</b>	<b>investigación</b>
<b>Reflexiones</b>	Contribuirán a hacer explícitos los aprendizajes de la presente investigación.	Ninguno

5. Otro de mis aprendizajes está relacionado con mi formación dentro de la licenciatura de PS y responde a las dos últimas preguntas de investigación:

¿Qué tan importante es para el estudiante en la licenciatura de PS manejar este tema? Considero que estudiar dos perspectivas para el estudio de los procesos y problemas de salud-enfermedad es sustancial para el estudiante en PS, pues le hace evidente la transdisciplinariedad de la licenciatura. Aunado a esto se encuentra un hecho más relevante, es decir, el estudio de dos paradigmas con contribuciones teórico-metodológicas distintas brinda la posibilidad de percibirlos de forma conjunta para la explicación de los procesos y problemas de salud-enfermedad en la sociedad, es decir, admitir el estudio conjunto de dos disciplinas cuyo objetivo está orientado hacia la línea de contribuir a las explicaciones en el campo de la salud. Con ello, los estudiantes en PS comprenden los dos paradigmas y, muy posiblemente, evitarán desarrollar sus actividades de forma aislada, por el contrario, buscarán hacer un abordaje distinto para atender los procesos y problemas de salud-enfermedad, cuestión que con el tiempo se verá reflejada el campo de Promoción de la Salud.

¿Qué contribución deja esta investigación para el estudiante de PS y para otros profesionales que se desarrollan en el área de salud-enfermedad? La principal contribución que busca hacer la presente investigación es que se rescaten las categorías teórico-metodológicas de dos formas de atender los procesos y problemas de salud-enfermedad cuando se presenta un mismo fenómeno de salud. Otra de las contribuciones que considero relevante es que si los profesionales de la salud conocen estos dos paradigmas, podrán tener la iniciativa de realizar estudios o propuestas con respecto a los problemas del PSE, que probablemente, se conviertan en un referente para la creación de políticas sociales futuras, en particular las de salud.

6. El último de mis aprendizajes está vinculado con mi tercer objetivo específico *Estudiar como las diferentes disciplinas que se despliegan de la perspectivas (estructural*

*funcionalista y socio-histórica*), se complementan para explicar de forma interdisciplinar los procesos y problemas de salud-enfermedad en la sociedad. El cual particularmente es posible retomarlo a partir del trabajo de cada uno de los capítulos anteriores.

Entiendo que las dos perspectivas estudiadas efectivamente se podrían integrar. A partir de un método innovador como la transdisciplinariedad donde eje central para atender los fenómenos de salud se basen en la deducción teórica. Estudiar a la par las perspectivas estructural-funcionalista y socio-histórica considero que redefinen las bases de conocimientos obtenidos por el desarrollo independiente de una y otra, dando lugar a un nuevo campo de estudio, es decir, a la licenciatura en PS que antes de profesionalizarse era meramente una práctica sin ser considerada una corriente metodológica. Por su parte, considero que la transdisciplinariedad en los fenómenos de salud establece la solución de continuidad con las disciplinas de origen como es la salud pública y la epidemiología. Los nuevos desarrollos teórico-metodológicos de los paradigmas trabajados en el presente trabajo pienso que retoma los distintos conceptos para darles un nuevo nivel de análisis. Otro rasgo importante es que el trabajo de estas dos disciplinas da lugar a que los esclarecimientos reemplacen el quehacer en promoción de la salud.

Como profesionales nos convertimos en los principales actores para lograr cambios estructurales en la sociedad, pues poseemos la capacidad de transformar nuestro pensamiento con respecto a los fenómenos naturales y sociales. Por esa razón, y por pertenecer a una licenciatura como la de PS dentro de mi proyecto se encuentra la certeza de seguir construyendo y transformando mi conocimiento con respecto a estos temas.

## Bibliografía

- Álvarez, Rafael. 2002. *Salud Pública y Medicina Preventiva*, manual modeno, tercera edición, México.
- Anda .1994. *Introducción a las ciencias sociales*. México, Limusa. Pp.19-37.
- Barquín, Calderón et. al, 2002. "La salud pública y su objeto de estudio" en *Sociomedicina*. Mendéz, cuarta edición, México, Pp. 13-60
- Benítez, Luis. 2007. "Medicina y humanismo", en *Ensayos y opiniones*. Centro Médico Nacional S-XXI, México.
- Colomer Concha y Carlos Álvarez. 2001. "Concepto de salud", en *Promoción de la salud y cambio social*. España, Masson. Pp. 3-12.
- Czeresnia, Dina et. al. 2006. "Una introducción al concepto de promoción de la salud", en *Promoción de la Salud Conceptos*, reflexiones, tendencias. Argentina, Lugar. Pp. 19-46.
- De la Garza, Enrique (cordinador). 2006. "Salud y sociedad. Aportaciones del pensamiento latinoamericano", en *Tratado Latinoamericano de sociología*. México, Anthropos. Pp. 278-299.
- Donnangelo, María. 1976 "Medicina en la sociedad de clases" en *Salud y sociedad*. México, Colección Fin Milenio. Pp. 33-77.
- Foucault, Michel. 1996 "Historia de la medicalización", en *la vida de los hombres infames*. Argentina, Altamira. Pp. 122-152.
- Frenk, Julio. 2003. "La respuesta social organizada: los sistemas de salud" en *La salud de la población hacía una nueva salud pública*. México, Fondo de cultura económica, tercera edición. Pp. 99-127.
- Frenk, Julio y Octavio Gómez. 2008. *El sistema de salud de México*, México, para aprender.

- Chapela, María y Alejandro Cerda García. 2010 "Contenidos de poder en la historia de la Promoción de la salud" en *Promoción de la Salud y poder: reformulaciones desde el cuerpo-territorio y la exigibilidad de derechos*. México, UAM-X. Pp. 52.
- Kumate, Jesús, Jaime Sepúlveda y Gonzalo Gutiérrez. 1993. "Origen e historia de las pandemias", en *El cólera epidemias endemias y pandemias*. México, IPE. Pp. 3-20.
- León, Miguel. 1993. "El concepto de enfermedad antes y después de la conquista" en *Raíces indignas presencia hispánica*. México, Colegio Nacional. Pp. 549-570.
- López, Juan. 2006. *Discursos inaugurales de la Universidad de la Ciudad de México*. México, UACM. Pp. 3-5.
- López, Olivia y José Blanco. 2004. *Desigualdad social e inequidades en salud. Desarrollo de conceptos y comprensión de relaciones*. México, UAM-X.
- López, Olivia y José Blanco. 2007 "La reestructuración neoliberal" en *Políticas de salud en México*. México, UAM-X. Pp. 22-46.
- Laurell, Asa. 1982. "La salud-enfermedad como proceso social", en *Cuadernos médico sociales*. México. UAM-X.
- Mendoza, Juan. 2008. "Algunas consideraciones sobre el desarrollo histórico de la salud pública" en *Regímenes del discurso de la formación de posgrado en salud pública*. México, UAM-X. Pp. 55-74.
- Méndez, Eduardo. 1990. "El modelo médico Hegemónico estructura, función y crisis" en *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*. México, CNCA-AEM. Pp. 83-117.
- Papavero, Nelson y Jorge Llorente. 2004. *Historia de la biología comparada*. México, UNAM.
- Pierre, Fougeyrollas. 1981. *Ciencias sociales y Marxismo*. México, Fondo de cultura económica. Pp. 13-19.
- Procacci, Giuliano. 2007. "La segunda guerra mundial", "El mundo después de la guerra", "Nuevos protagonistas y países emergentes" en *Historia general del siglo XX*. Barcelona, Crítica. Pp. 266-300, 303-332 y 379-405.

- Restrepo, Helena y Hernán Málaga. 2001. *Promoción de la salud: cómo construir vida saludable*. Colombia, Medicina Panamericana.
- Santiago, Darío y Yolanda López. 2009. *Licenciatura de Promoción de la Salud: evaluación*. México. UACM.
- Tetelboin, Carolina. 1997. "Problemas en la conceptualización de la práctica médica" en *Estudios en antropología biológica*. México, UNAM. Pp. 487-509.
- Vergara, María. 2007. *Tres concepciones históricas del proceso salud enfermedad. Hacia la Promoción de la Salud*. Colombia. UAM. Pp. 41-50.

### Conferencias

- Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud (1986). *Carta de Ottawa para la promoción de la salud*. Una conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. Hacia un nuevo concepto de salud pública. 17-21 de noviembre de 1986. Ottawa, Ontario, Canadá.
- Segunda Conferencia Internacional en Promoción de la Salud (1988). *The Adelaide recommendations*. 5-8 abril. Adelaida, South Australia.
- Tercera Conferencia oficial de promoción de la salud (1991). *Sundsvall statement on supportive environments for health*. Junio de 1991. Sundsvall, Suiza
- Cuarta Conferencia Internacional en Promoción de la Salud (1997). *New Players for a New Era: Leading Health Promotion Into the 21<sup>st</sup> Century. The Jakarta Declaration on Health Promotion in the 21<sup>st</sup> Century*. Jakarta, Tailandia. Julio de 1997.
- Quinta Conferencia Mundial (global) en de Promoción de la Salud (2000) *Declaración de México para la promoción de la salud*. Ciudad de México. Julio del 2000, Puerto Rico 1998.
- Sexta Conferencia Global en Promoción de la Salud (2005). *The Bangkok Charter for Health Promotion in Globalized World*, agosto 7-11, Bangkok, Tailandia.

## Referencias de los artículos de las revistas consultadas

- Barraza Wolpert, Enrique. 2011. "Día mundial de las hepatitis virales". Salud pública México, núm.(sin mes), pp. S1-S3.
- Beldarraín Chaple, Enrique. 2009. "¿Estudia el proceso salud-enfermedad la antropología cubana?". Cuicuilco, núm. Mayo-agosto, pp. 55-70.
- Briceño León, Roberto. 2003. "Las ciencias sociales y la salud: un diverso y mutante campo teórico". Ciencia y salud colectiva, núm, (sin mes). pp.33-45.
- Gracia Arnaiz, Mabel. 2007. "Comer bien, comer mal: la medicalización del comportamiento alimentario". Salud Pública de México, núm. Mayo-julio. pp. 236-242.
- García, Pérez Hilda y Harlow, Sioban D. 2010. "Cuando el coito produce dolor: una exploración de la sexualidad femenina en el noroeste de México". Salud pública México, núm, abril, pp.148-155.
- García Samaniego, Francisco R y Alcántara Moreno, Gustavo. 2008. "Globalización y efectos locales en el proceso salud-enfermedad". Provincia, núm. Julio-diciembre, pp. 33-62.
- Guerrero Zarraga, Clara y Flores Cecilia Cruz. 2010. "Una mirada a las condiciones de trabajo y salud de los trabajadores de una pequeña empresa procesadora de alimentos". Salud de los Trabajadores, núm. Diciembre. pp. 49-64.
- Jiménez Lozano, Blanca. 1994. "Epistemología y métodos de las ciencias". Perfiles Educativos, núm. enero-marzo, pp.0.
- Lavielle Pilar, Clark et. al. 2008. "Conducta del enfermo ante el dolor crónico". Salud Pública de México, núm. marzo-abril, pp. 147-154.
- López Arellano, Oliva , Escudero José y Dary Luz. 2008. "Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, ALAMES". Medicina social, núm. Noviembre, pp.323-335.

- Mendoza Rodríguez, Juan Manuel y Jarillo Soto, Edgar Carlos. 2011. "Determinación y causalidad en salud colectiva. Algunas consideraciones en torno a sus fundamentos epistemológicos". Ciencia y salud colectiva, núm. (sin mes). pp.847-854.
- Nuñez Lilian, M et. al. 2011. "Cronología de una pandemia: la nueva Influenza A H1N1". Revista de Salud Pública, núm. Junio pp.480-491.
- Etxeberria, Yarima et. al. 2002. "Calidad de vida en pacientes con trastornos de alimentación". Psicothema, pp. 399-404.
- Ravenet Ramírez, Mariana. 2003. "Experiencias y retos del análisis sociológico en salud". Revista Cubana de Salud Pública, núm. octubre-diciembre, pp. 323-327.
- Salas Solís, Mainor E. 2005. "La explicación en las ciencias sociales: consideraciones intempestivas contra el dualismo metodológico en la teoría social". Reflexiones, núm. Sin mes, pp. 51-60.
- Valencia G, Luis. 2007. "Algunos apuntes históricos sobre el proceso salud-enfermedad". Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública, núm. Diciembre, pp.13-20.
- Vega Franco, Leopoldo. 2002. "Ideas, creencias y percepciones acerca de la salud. Reseña histórica Salud Pública de México". Revista de Salud Pública, núm. Mayo-junio, pp. 258-265.

#### **Referencias electrónicas:**

- Eder María y Adúriz Agustín. Aproximación epistemológica a las relaciones entre la didáctica de las ciencias naturales y la didáctica general. Tomado de: [http://www.pedagogica.edu.co/storage/ted/articulos/ted09\\_04arti.pdf](http://www.pedagogica.edu.co/storage/ted/articulos/ted09_04arti.pdf). Fecha de consulta: mayo-2011
- Yacuzzi Enrique. El estudio de caso como metodología de investigación: teoría, mecanismos causales, validación. Tomado de: [http://www.automark.com.mx/MYRNA\\_estudiosdecaso.pdf](http://www.automark.com.mx/MYRNA_estudiosdecaso.pdf). Fecha de consulta: mayo-2011

- Kornbliht Alberto. Objetividad y subjetividad en el conocimiento científico. Tomado de: [http://www.medicinabuenaosaires.com/revistas/vol61-01/2/v61\\_n2\\_p232\\_234.pdf](http://www.medicinabuenaosaires.com/revistas/vol61-01/2/v61_n2_p232_234.pdf). Fecha de consulta: mayo-2011
- Gómez Rubén et. al. Gestión de políticas Públicas y salud. Tomado de: [http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%2010\\_2.pdf](http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%2010_2.pdf). Fecha de consulta: mayo-2011

## Anexo I

Palabras clave	
Perspectiva estructural-funcionalista	Perspectiva socio-histórica
Causalidad	Determinación
Conducta	Cultura
Saludable	Creencias
Salud/enfermedad	Proceso salud-enfermedad
Prevención	Sujeto colectivo
Población	Ciencias sociales
Homeostasis	Problema de salud-enfermedad
Historia natural de la enfermedad	Capitalismo
Modelo médico hegemónico	Condiciones materiales de vida
Ciencias naturales	Determinación social
Sistema de salud	Pobreza
	Ciencias sociales

Fuente: elaboración propia a partir del marco teórico-referencial.

## Anexo II

El siguiente cuadro ha sido elaborado durante la investigación de tesis en la licenciatura de PS tiene como objetivo presentar dos diferentes perspectivas que dan resolución a los problemas de salud-enfermedad, es decir, la perspectiva estructural-funcionalista y la perspectiva socio-histórica de manera sintetizada para encontrar sus semejanzas y divergencias.

Categorías conceptuales y metodológicas de las perspectivas estructural-funcionalista y socio-histórica								
Categorías conceptuales			Categorías metodológicas				Variables	
Concepto	Perspectiva estructural-funcionalista	Perspectiva socio-histórica	Perspectiva estructural-funcionalista inductiva		Perspectiva socio-histórica dialéctica		Perspectiva estructural-funcionalista	Perspectiva socio-histórica
	Se entiende	Se entiende	Categoría	Se entiende	Categoría	Se entiende		
Sociedad	Estructura.	Complejidad.	Cuantitativo	Estadística/ cuestionarios que cuantifiquen en %.	Cualitativo	Teórico/ entrevistas y diarios de campo.	Indicadores en salud <sup>41</sup> : IMC, Talla, peso etc.	Inserción a los modos de producción.
Estado	Mediador que evita los conflictos.	Conjunto de instituciones que gozan del poder/pugna.	Causa- Efecto.	Lineal.	Problema de salud enfermedad.	Proceso	Tasas: mortalidad, morbimortalidad etc.	
Sistema de Salud	Vehículo de respuesta a las condiciones salud.	Práctica médica hegemónica.	Ahistórico.	No hay contexto.	Histórico.	Contexto	Estándares.	

Continuación

<sup>41</sup> Indicador de salud: la Organización Panamericana de la Salud (OPS) menciona que es: "la noción de vigilancia en salud pública que define una medida de la salud, ejemplo el (IMC): índice de masa corporal, que se apoya de otros dos indicadores estos: la talla y el peso del individuo para obtener su resultado. Dicho indicador es utilizado desde la perspectiva estructural funcionalista para explicar algunos de los problemas de salud desde sus teorías.

Políticas Sociales	Intervención social, orientadas a las condiciones de vida.	Toma de posesión frente a los problemas sociales.	Población.	Universal	Grupo colectivo.	Existen condiciones materiales de vida diferentes.	Traslape epidemiológico.	
Políticas en Salud	Directrices emanadas por autores.	Toma de posesión para identificar los PSE.	Universal.	Todos mueren y enferman igual.	Auniversal.	Causas de enfermar y morir diferente.	Transición epidemiológica.	Condición cultural e ideológica.
Práctica Médica	Acto médico, biólogo.	Prácticas hegemónicas y subordinadas a la resolución de los PSE.	Experimentación.	Repetible.				Tiempo y espacio.
Proceso Salud/ Enfermedad	Lineal, se le atribuye al PSE una única causa. C-E	Dialéctico.	Diagnóstico de salud	Muestra solo una parte de la desigualdad social.	Diagnostico comunitario	Permite ver como se expresa la desigual desde diferentes determinantes.	Estilos de vida: conductas saludables, no saludables.	Prácticas y creencias de alimentación.
Desigualdad	Condición necesaria en la sociedad.	Resultado de la formas de producción y apropiación de los recursos.						
Pobreza	Justa, necesaria e inevitable.	Injusta, innecesaria y evitable.						

Fuente: elaboración propia a partir del marco teórico-referencial.

