

## UNA APROXIMACION A LO SOCIAL EN EPIDEMIOLOGIA.

Contexto, Teoría y Método. Limitaciones y Potenciales.

Norma Núñez, Ph.D.

---

### Introducción:

#### A qué Epidemiología Aproximamos?

---

La Epidemiología es un modo de pensar los procesos de salud y enfermedad --e intervenir sobre los mismos-- tratando de ajustarse al método científico. Es por tanto ciencia, y praxis. Uno se pregunta inmediatamente cómo y con cual de las aplicaciones del método científico se trabaja en Epidemiología? Como en las ciencias naturales? como en la biología? en las ciencias matemáticas? en las ciencias sociales o en la historia? Esta introducción pone en juego las preguntas de cuál praxis? cuál ciencia? y cuál método? interrogantes a las cuales cada quien tiene que buscar y tener respuesta. Cito un autor entre muchos: Mario Testa (1989a) quien formula, sin ambages, su interpretación.

Desde la perspectiva de su objeto de estudio la Epidemiología es una lógica y una práctica social que necesita de la combinación oportuna de conocimientos a un nivel de análisis adecuado para percibir, comprender, reconstruir, explicar y transformar --cuando es necesario-- la relación entre salud y "cotidianidad;" estructura social, cotidianidad y políticas de salud (1). Así, como ciencia, la Epidemiología hace uso de todo conocimiento e instrumental que le permita, imaginativa pero metódicamente, contribuir a develar características y determinantes de los patrones de ocurrencia del proceso de salud-enfermedad y predecirlo, o caracterizarlo en forma tal, que puedan sugerirse medidas de mantenimiento, cambio, prevención y/o control.

Pero por su misma naturaleza y complejidad, hay momentos en la Epidemiología. En uno, la Epidemiología no puede sino manejarse con hipótesis; porque aunque identifica determinantes (qué puede ser casual?) no dispone de todo el conocimiento para mostrar las pruebas contundentes de la causalidad (2). Siempre hay un porcentaje importante de la población que se escapa, que no responde de la misma forma planteada por las hipótesis e incluso por las teorías. Rara vez la práctica epidemiológica se envuelve en un modelo de exacto rigor científico (Fox et al, 1978). Por ello la Epidemiología es hoy una ciencia que trabaja con modelos de naturaleza probabilística (Kleinbaum et al., 1982); es la ciencia flexible del estudio del riesgo, que se maneja sobre el juego controlado del conocimiento imperfecto o comprensión incompleta, y de la habilidad limitada para observar, medir y estimar el comportamiento o el impacto de una o varias "Xs" sobre los procesos objeto de interés. Por lo tanto la Epidemiología es parte del juego humano y paciente del acercamiento a una verdad cambiante por la vía del estudio y del trabajo; por la vía de la susceptibilidad y la exposición; del laboratorio y del microscopio, de la resonancia magnética o de la tomografía axial computarizada; de la intuición, la comparación, la incertidumbre, la prueba, la confrontación, la refutación y la razón. No es el contexto y el ambiente de la ciencia aislada en un laboratorio, pero se puede valer de él. La Epidemiología es, cuerpo a cuerpo, lucha y prueba de la teoría, del terreno y de la realidad.

Un segundo momento en la Epidemiología es el de su capacidad de respuesta, el momento de la

propuesta y/o la toma de decisiones sobre la base del saber logrado. Este es el terreno de lo político, donde la ciencia tantas veces pierde la razón. Y este es a la vez el campo más débil en la Epidemiología. Todavía se maneja con aproximaciones al conocimiento --indispensables-- pero de menor compromiso: la descripción, el análisis explicativo. No hemos desarrollado suficientemente el área de interpretación. Este trabajo tiene como objetivo proporcionar elementos para avanzar en este sentido.

Es curiosa la expansión y desarrollo de esta manera de hacer y aplicar la ciencia! Un campo que tiene antecedentes en los intentos de explicación mágicos, telúricos, o naturales de la enfermedad, y que comienza a adquirir momento conceptual hace casi tres siglos, en trabajos como los de Lindt (1753), Casal (1762), Baker (1767), y Jenner (1792), y que continúan de ahí en adelante otros como Villerme (1840), Snow (1854) y/o William Farr (1885), hasta llegar hoy a los anónimos o no epidemiólogos participantes en los trabajos científicos que cada año en el mundo se premian y publican en la investigación del proceso de salud-enfermedad. La Epidemiología, una disciplina reforzada por los descubrimientos de Koch y Pasteur; que avanza desde la concepción uncausal de la enfermedad, en las teorías del "miasma" y el "biologicismo" cerrado; desde la aparente "seguridad científica" de la era bacteriana, a la concepción no sólo de que el proceso de salud-enfermedad es resultante de la interacción directa e indirecta de múltiples factores, sino a la de que un solo factor de riesgo es potencialmente capaz de producir múltiples enfermedades dependiendo de las características del individuo y/o de su contexto y modo de vida. La Epidemiología, un espacio del conocimiento múltiple a partir de la investigación interdisciplinaria que podría orientar, contribuir a dar respuestas, a diversos campos de interés vinculados a la salud de la población.

Si bien inicialmente preocupada por la idea de dar un basamento metodológico al estudio de las epidemias, actualmente la Epidemiología abarca tanto la planificación, toma de decisiones y evaluación en la administración de la Salud Pública, como la ocurrencia, estimación, curso clínico, etiología e historia de las enfermedades agudas y crónicas, infecciosas o no. Abarca el estudio de las lesiones y los accidentes, de los riesgos de todo tipo (biológico, físico, químico, ambiental, psicosocial, económico, político) vinculados a las variaciones en la salud de la colectividad, y por tanto, campos de especialidades como por ejemplo, el de la salud ocupacional. Es decir, la Epidemiología, como aproximación a la salud de la colectividad, es o puede ser estudio del trabajo, la nutrición, la higiene ambiental y personal, la seguridad y la inseguridad; las desigualdades en el acceso oportuno y apropiado a los servicios de salud; los excesos y deficiencias ligados a los estilos, formas, niveles o modos de vida; a la contaminación, la experiencia interpersonal, la violencia, agresión y autoagresión, la sexualidad, las toxicomanías y la farmacodependencia. En Epidemiología todo ello, o mucho de ello, tiene que expresarse en índices y resultados para algo: por ejemplo, incidencia y prevalencia; o tal vez riesgo relativo, riesgo atribuible, exceso de mortalidad, o mortalidad proporcional, con sus correspondientes niveles de significación, desviación y error (ver Snedecor y Cochran, 1967; Fleiss, 1981; Kleinbaum et al, 1982), para intervenir y modificar positivamente el perfil resultante. Lo no expresado en índices, lo que todavía es conjetura, también es parte del saber que hay que documentar.

Al analizar los campos de acción y los objetos de estudio, los principios y métodos de la Epidemiología se hace teóricamente fácil, pero metodológica y operativamente poco exacto y unívoco, establecer las líneas de enlace con otras disciplinas científicas, fundamentalmente con las ciencias sociales. No por capricho, sino por la naturaleza de la relación entre, la naturaleza misma, y lo humano. El hombre biológico como ser social es productor y "portador de relaciones sociales (Verdecia, 1986)" y éstas constituyen no solo su naturaleza sino que, en él, naturaleza y entorno, naturaleza y circunstancias sociales lo completan, lo definen y se vuelven una sola cosa. En este caso, las relaciones sociales son centro del proceso de salud-enfermedad; centro de las decisiones y las posibilidades de dar respuesta y participar del beneficio social de la salud. Se analizan en este trabajo para definir lo social esas relaciones sociales indispensables para subsistir.

materialmente y sobrevivir socialmente (Chossudovsky, 1983), no las relaciones interpersonales para incluir, excluir o compartir. Corresponde a otros tratar estas últimas relaciones, las de la realidad subjetiva, cuya complejidad, delicadeza y maravilla son también importantes objetos del arte, de la poesía y de la ciencia, de la razón y la sin razón. Sin embargo dejó al respecto una constancia y un reconocimiento. Esa red psicosocial de tensiones internas y equilibrios escondidos, de ordenamiento, de motivos, de mecanismos, procesos, balances y compensaciones que completan, constituyen y consolidan al ser humano, vinculándolo a su sociedad y a su cultura --y que ha sido investigada e interpretada por Juan Rof Carballo (1961, 1977) como la urdimbre de relaciones sociales secretamente seleccionadas y en las que conscientemente o no el propio individuo se incrusta-- es también motivo de salud y enfermedad.

Concluyo que la Epidemiología es estudio particular de los hechos y circunstancias en conexión con la salud de la población y el punto no es incorporar o no lo social, sino cómo y en qué transfondo incorporarlo e interpretarlo. Su objeto de trabajo es social, y tal vez explicitar este último planteamiento hace concluir que es redundante hablar de una "Epidemiología Social" y de "otra Epidemiología," la clásica, o Epidemiología a secas. Lo epidemiológico es social. No es que sea igual o equivalente a lo social o que lo social la cualifique. La Epidemiología, así vista es, no una ciencia biomédica o sociomédica, sino una parte de la ciencia que busca comprender sus objetos de estudio en una forma de totalidad integrada, con todas las implicaciones etológicas y axiológicas que le corresponden. Testa (1984) lo plantea en estos términos: la Epidemiología es parte propia de lo social, es expresión particular del proceso social del que es imposible extraerla como algo separado e independiente. Así tratada la Epidemiología adquiere "sentido completo y eficacia política."

Lógicamente, para interpretar así lo social en Epidemiología parto tanto de una conceptualización y una metodología críticas acerca del estudio de lo social, como de una identificación de lo social en la medicina que, junto al dominio de lo científico natural, y al reconocimiento de un porcentaje de los procesos explicado bien por la herencia, bien por las reacciones inmunológicas esas cosas más primarias, concluye y plantea:

primero, que todo proceso de salud-enfermedad tiene un contexto, un entorno, que históricamente es su marco tanto de observación como de ocurrencia e interpretación. No interpretar, o interpretar inadecuadamente el entorno es, además de un error metodológico, un error científico;

segundo, que --nos guste o no-- en la sociedad subdesarrollada de capitalismo internacional que vivimos ese contexto se transforma en predominio de modos de vida socialmente desiguales. Estos influyen tanto en la aparición, distribución y posibilidades de cuidado y atención a la enfermedad, como en la susceptibilidad ante los agentes productores de la misma. Igualmente en las dosis o tiempos de exposición necesarios para que se produzca la manifestación o el desarrollo de una patología, en un individuo o población determinada, en un momento concreto también determinado. Por tanto las categorías epidemiológicas interpretadas generalmente como categorías de "persona, lugar y tiempo" son expresiones y combinaciones particulares que sólo tienen sentido específico al ubicarlas en sus funciones dentro del contexto que las contiene;

tercero, que la decodificación de ese contexto, más que la sola decodificación de los modos de vida resultantes o de las variables que lo operacionalizan, es responsabilidad científica conjunta de la Ciencia Social, de la Medicina y de la Epidemiología, ya que en sí mismo el contexto constituye la programación de la dimensión de población y de política de la salud; y

cuarto, que en la decodificación, todas esas disciplinas científicas aportan conocimiento sustancial, pero que para lograrla es necesario, por una parte, precisar sin reduccionismos o mecanicismos, el peso y predominio de cada influencia remota o próxima, directa o indirecta, sobre el proceso global estudiado. Por otra parte, que al identificar la interacción dialéctica de los componentes que entran en juego se identifiquen y analicen también "las distintas ideologías sanitarias de los grupos que debaten (Testa, 1989a)" y proponen diagnósticos y soluciones.

Queda así planteada la pregunta acerca del propósito de la Epidemiología. Este es el trasfondo que exige plantearse el problema, la respuesta y los intereses envueltos en el manejo de los resultados de la investigación de lo social en Epidemiología. El conocimiento producido puede ser útil para conceptualizar; para confirmar y/o establecer riesgos, ya fueran riesgos conocidos, ya sean riesgos no previstos o no previamente identificados; útil para aumentar las habilidades para prevenir, predecir o controlar la enfermedad, o para planificar una intervención exitosa; sin embargo se observa que el conocimiento entra en el juego del conflicto entre diferentes niveles de análisis y toma de decisiones; en el de diferentes sectores sociales y grupos de decisión y poder. Cuando el conocimiento, las dudas, las interpretaciones, se acercan a la posible eficacia política aparecen las diferentes maneras de responder a las evidencias empíricas. Y este es el reto contemporáneo de la investigación en ciencias sociales y epidemiología, cualquiera sean los indicadores que se elijan trabajar. Ocurre sin embargo que, si hay conflicto, en nuestra sociedad tiende a dominar sobre la de los resultados prácticos racionalmente deseables para las mayorías nacionales, la percepción de los intereses dominantes afectables, y la de sus prioridades establecidas. Una explicación a este tipo de respuesta (tipo de dominación?) es posible inferirla cuando más adelante se trabaje con la definición de lo social en el contexto del Estado venezolano y su vinculación con la sociedad global.

Este capítulo que desarrolla un enfoque crítico de lo social en la Epidemiología, sin ignorar pero sin entrar en las mediaciones de la herencia ni la de los procesos-mecanismos biológicos y psicológicos específicos o no, focaliza su atención en el contexto de la interpretación de los riesgos y los determinantes del proceso de salud-enfermedad. Lo hace centrado en la definición de lo social propuesta a partir de la consideración de los procesos globales de producción y distribución social de bienes y servicios, del acceso a ellos y de las desigualdades de oportunidades y de clases sociales. Seguidamente, y pasando por unas indispensables notas históricas, el enfoque se extiende sólo hasta una aproximación conceptual al tratamiento de lo metodológico y la operativización de eso "social" en indicadores observables para el estudio de la interrelación entre salud y sociedad. Todo ello queda enunciado y sistematizado en los Diagramas 1 al 8. En otros trabajos en desarrollo complemento este esfuerzo inicial aplicándolo a la revisión crítica de las formas en las cuales se maneja actualmente lo social en Epidemiología a través de enfoques tales como el status socioeconómico, el método de Graffar, la cesta básica y la pobreza, crítica o no.

En este capítulo, y desde el punto de vista tanto pedagógico como metodológico, retomo un concepto utilizado por Colimon (1978) quien plantea que en el estudio epidemiológico el investigador debe aprender y manejar "el aislamiento de las categorías de interés y el cierre sucesivo del campo." Yo añado que esto es exitoso al partir primero de un basamento conceptual, una teoría o un paradigma (Kuhn, 1972), que oriente la selección inicial relevante. Sé que éste es un procedimiento que ayuda al estudiante y al investigador a familiarizarse con las múltiples alternativas para llegar a una respuesta; implica por tanto buscar y revisar la bibliografía; escudriñarla, digerirla, sopesarla, dudar de ella; y después --una vez cuidados todos los "flancos" relevantes-- ayuda a decidir, a afinar y a perfeccionar tanto el diseño como la estrategia de observación y acción, también relevantes. Posteriormente ilustro las argumentaciones propuestas a través del estudio de algunas

investigaciones y demuestro como es necesario, por científico, volver de lo operativo a la captación y reconstrucción de la realidad global del fenómeno estudiado. Uno elige categorías de interés y cierra el campo para después poder hacer inferencias correctas, concluir, interpretar, reconceptualizar y avanzar en el conocimiento integral.

Quede claro que la Epidemiología es asumida aquí como teoría y como práctica social crítica. Sobre la base de que la sociología fue definida desde sus orígenes por Saint Simon, como "ciencia de la crisis," pero reconociendo que no existe una supuesta unidad del análisis sociológico, quede claro también que: en la perspectiva que planteo para estudiar las relaciones entre teoría y práctica, en lo social, me aproximo al análisis estructural y a la teoría crítica de la Escuela de Frankfurt (3).

---

### Qué es lo social?

---

La sociedad no es una invención humana (Morín, 1973). Es invención humana, eso sí, el modo de organización y los motivos y valores que la rigen. La noción planteada anteriormente acerca de que el hombre es productor y portador de relaciones sociales y también productor y portador de la historia de las mismas, nos indica que en el centro de la investigación de lo social están en juego las leyes que rigen la producción y reproducción social en cada tipo de Estado concreto. Es decir, tal como se presenta en el Diagrama 1, en lo humano lo social es la concreción de un Estado particular y heterogéneo en el modo de producción, modo de organización y modo de vida, de sus miembros, de sus clases, de sus instituciones (4). Por tanto, gobernando o explicando los fenómenos sociales, hay leyes históricas, cambiantes en su modalidad de ejercicio, cuya especificidad se encuentra en la caracterización, contradicciones, racionalidad, intereses y conflictos o concertaciones de esa sociedad, de ese Estado. Y hablo del Estado porque ésta es la forma científica de plantearse hoy día la organización histórica y concreta de una sociedad humana particular o de una red de sociedades específicas en un momento dado (ver: Poulantzas, 1978; Gramsci, 1973; Testa, 1998).

Lo social es el conjunto heterogéneo, complejo, y singular, de fenómenos y procesos, siempre inacabados, cambiantes, que no pueden ser comprendidos si se parte de una idea cerrada o de "un principio simple de unidad (Morín, 1973)." Lo social es la unidad de un sistema "hipercomplejo." Es el conjunto de procesos y "principios generadores a partir de los cuales se efectúan todos los enmarañados desarrollos por los que pasa el homo sapiens (Morín, 1973)." Es (y es más que) una diversidad de procesos concretos para ser, existir, subsistir, producir respuestas para satisfacer necesidades, evitar o producir conflictos, garantizar, desestabilizar y/o legitimar un orden. Lo social no es la abstracción de sus componentes observables. No es aisladamente los componentes aditivos de una sociedad o una naturaleza humana estable --léase por ejemplo estructura familiar, actitudes, conductas, ingresos, educación, vivienda-- Esto son consecuencias sociales. Expresan formas históricas y combinadas de organización, control, reglamentación y articulación social.

En el Estado Venezolano (5), de capitalismo neoliberal, subdesarrollado pero internacional, lo social se expresa en dos tipos fundamentales de leyes (esquematizadas en el Diagrama 2): las leyes de producción y reproducción desigual de bienes y servicios y las leyes de intercambio desigual, o de finanzas, mercado, precios y ganancias. Planteado a la manera de Chossudovsky (1983) puede señalarse que esas leyes regulan la posibilidad tanto de la subsistencia material (y sus correlatos

DIAGRAMA 1 : LO SOCIAL

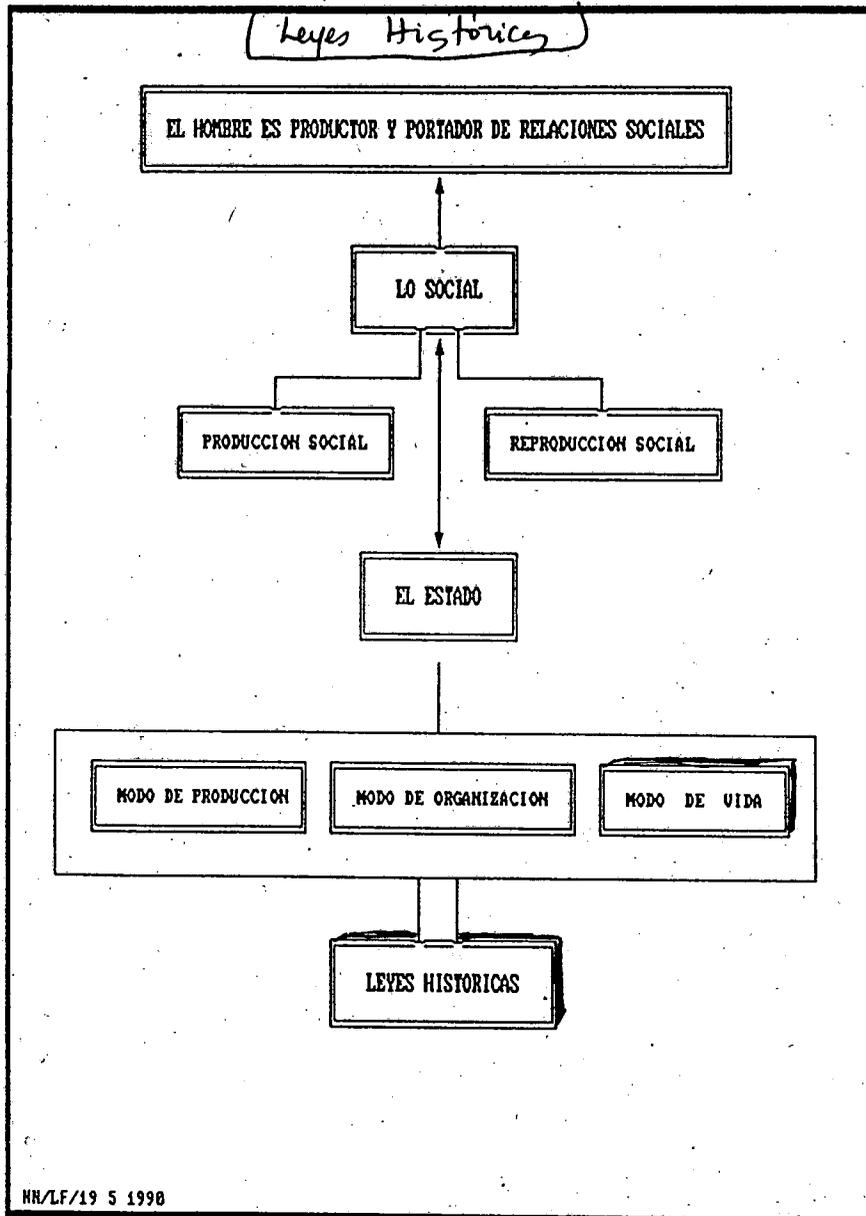
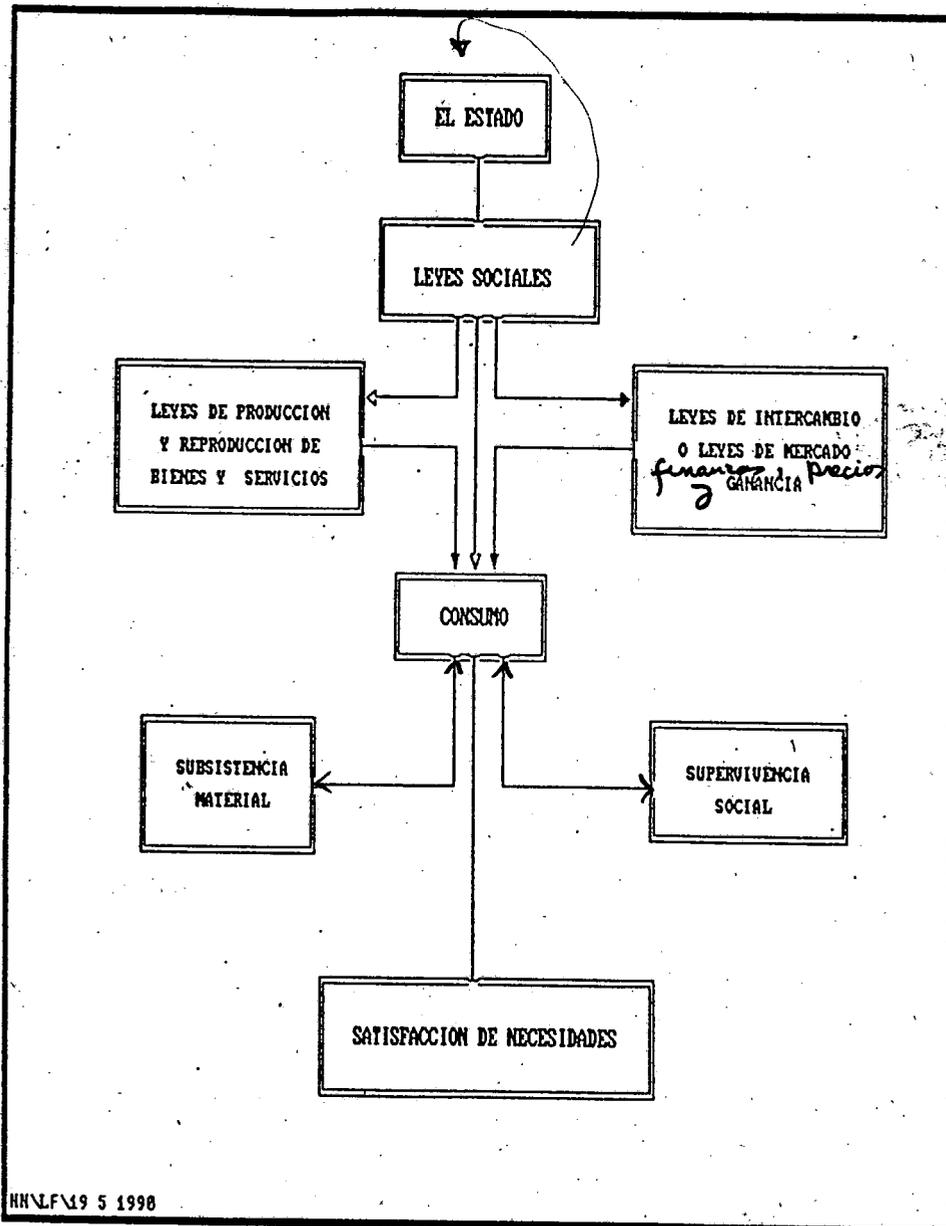


DIAGRAMA 2, EL ESTADO, LAS LEYES, LAS NECESIDADES



o referentes observables) como de la supervivencia social, espiritual y cultural (también con sus correlatos o referentes, algunos de los cuales identificamos en el Diagrama 6). Lo social es tanto estructura diferencial de producción y estructura diferencial de finanzas, precios, mercado y consumo (Diagrama 3) como formas diferenciales de inserción en el orden establecido, para dar y obtener respuestas a la satisfacción de las necesidades. Lo social es por tanto el cierre, la concreción de las relaciones desiguales de intercambio y de clase social, y se expresa en forma múltiple y particular, dependiendo del campo de intereses que logre determinar. Hago esto explícito porque en el momento de trabajar los indicadores económicos, culturales, sociales o psicológicos que nos son familiares, lo que dará sentido de coherencia a los resultados y las conclusiones propuestas en un trabajo de investigación, son los niveles de categorización y contextualización en los que nos manejamos, de acuerdo al tipo de fenómeno o proceso que nos compete trabajar. Investigación de lo social que no hace explícito su contexto concluye en generalización ahistórica y por tanto en falsa realidad.

Las leyes sociales implícitas en esa concreción, como los conceptos, no son coincidencias o productos aislados de un voluntarismo humano. Son más bien "co-incidencias," como diría Kundera (1984). Esas leyes adquieren significados específicos de situaciones concretas (Habermans, 1964, 1966), históricamente cambiantes; y por eso para entenderlas hay que investigar el contexto cambiante en el cual las "incidencias" se producen. Esas leyes son las consecuencias, las resultantes de los modos de organización del hombre, en cada sociedad y momento histórico concreto, con respecto a dos grandes objetos o categorías de fenómenos: las condiciones y relaciones de trabajo, y las condiciones y relaciones de vida; los modos de trabajo y los modos de vida que llegan finalmente a expresarse políticamente en los conceptos de dictadura o democracia, sí o no, pero que desde el punto de vista del ser humano, de la población y de las comunidades se concretan en la forma diferencial de enfrentarse a las NECESIDADES. En el Diagrama 4 se ilustra el avance de esta conceptualización. En última instancia es la dinámica de las formas de inserción en el Estado, la organización social y la cultura, combinadas con las estrategias individuales/familiares, lo que entra en juego en la identificación, sensación o ignorancia de las necesidades, sus intensidades, carácter, motivación y modo de satisfacción. Desde el punto de vista de la Epidemiología nos encontramos en la aproximación a lo social implícito en esas necesidades, para investigar y explicar los diferentes potenciales y los diferentes patrones de salud-enfermedad.

Retomemos el Diagrama 4 en los "modos de organización social". Esas dos categorías de fenómenos (modos de trabajo y modos de vida) a su vez tipifican tanto las formas de inserción en la sociedad, como la realidad, la conciencia (Lukacs, 1969) y el potencial de posibilidades de cada individuo, más la dinámica de las necesidades, los modos y medios de consumo para su satisfacción y por tanto sus conductas consecuentes y/o asociadas.

Los patrones socialmente diferenciados de enfermedad y de exposición a riesgos emergen de la interrelación de los patrones diferenciados de trabajo, consumo y vida social (Diagrama 5), donde a su vez se ubican elementos tan importantes para constituirse el proceso de salud enfermedad como lo son la cultura, los usos y costumbres, la educación, el conocimiento y las actitudes; la tecnología, la oferta y la demanda de los servicios. A la vez hemos de recordar que esta interrelación, y los patrones involucrados, son el resultado objetivo, por una parte, de los patrones específicos de producción y distribución social. Por otra parte, de las consecuentes relaciones establecidas para ello en cada sociedad, de sus prioridades en relación al papel del capital y al papel del trabajo y a su remuneración en la estructura del mercado. Es así por ejemplo como podemos entender y valorar adecuadamente la distribución del ingreso que se observa o que se oculta en una sociedad determinada y lo que ello significa para el Estado y la Política Sanitaria. Esto es importante también porque no sólo a nivel "macro" sino "micro" la variable ingresos es a menudo la variable observacional-empírica más importante en los estudios de lo social relacionados con el proceso de salud-enfermedad. Pero es que fundamentalmente hay que buscar las mediaciones a través de lo cual

DIAGRAMA 3. LA SUBSISTENCIA MATERIAL Y LA SUPERVIVENCIA SOCIAL

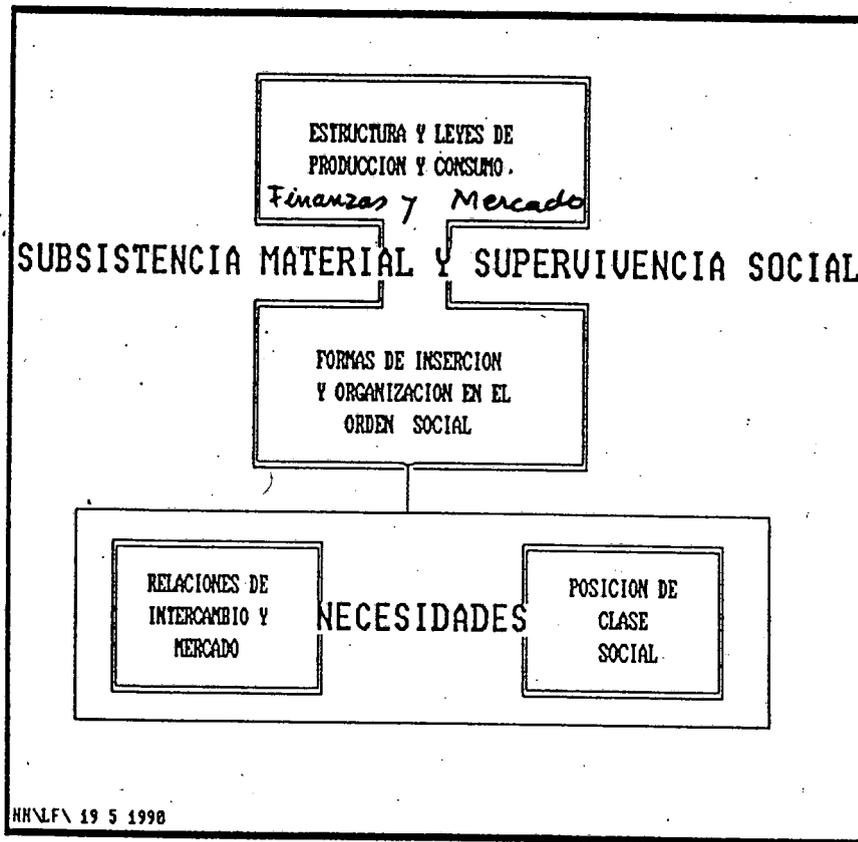


DIAGRAMA 4

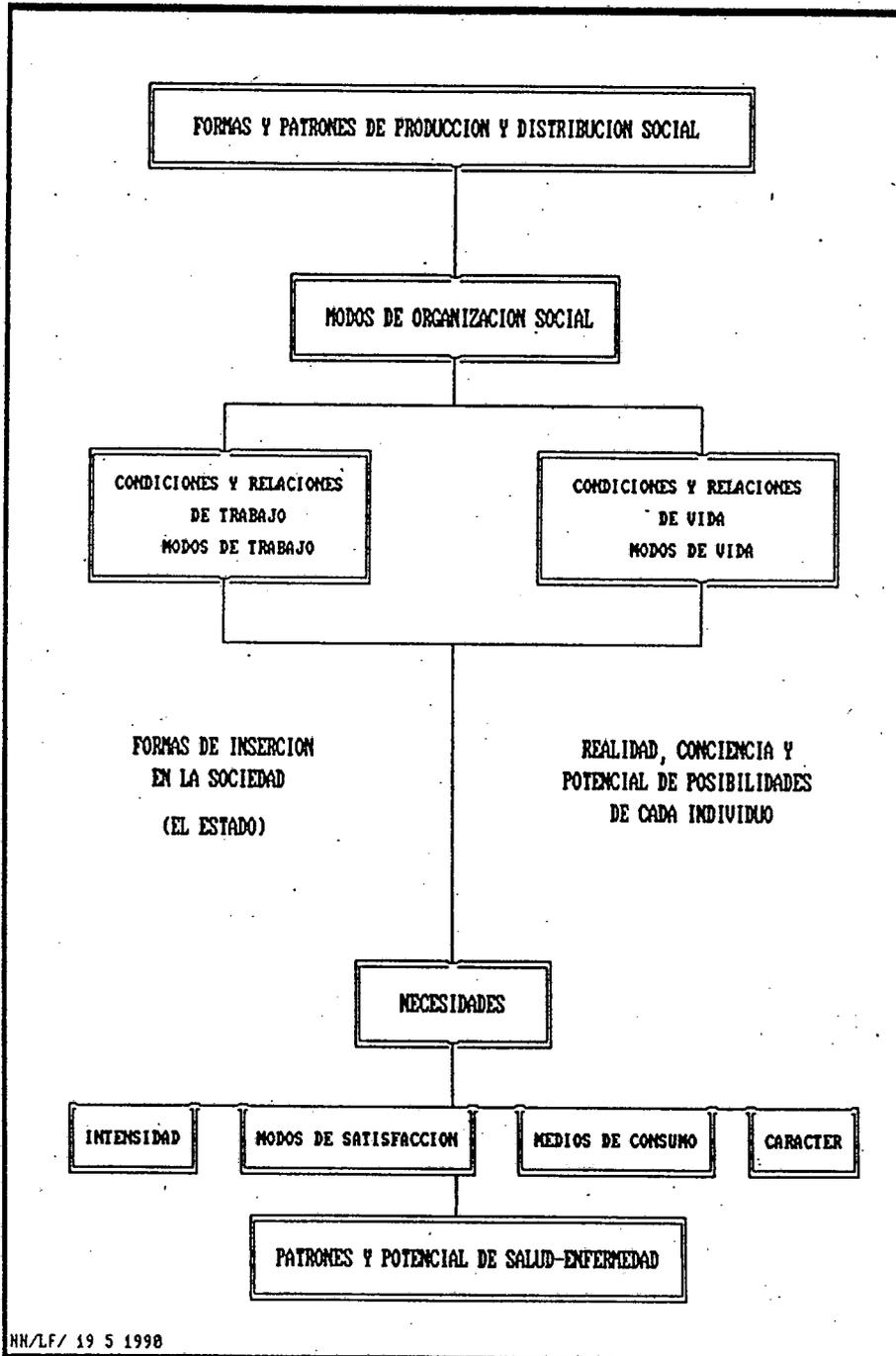
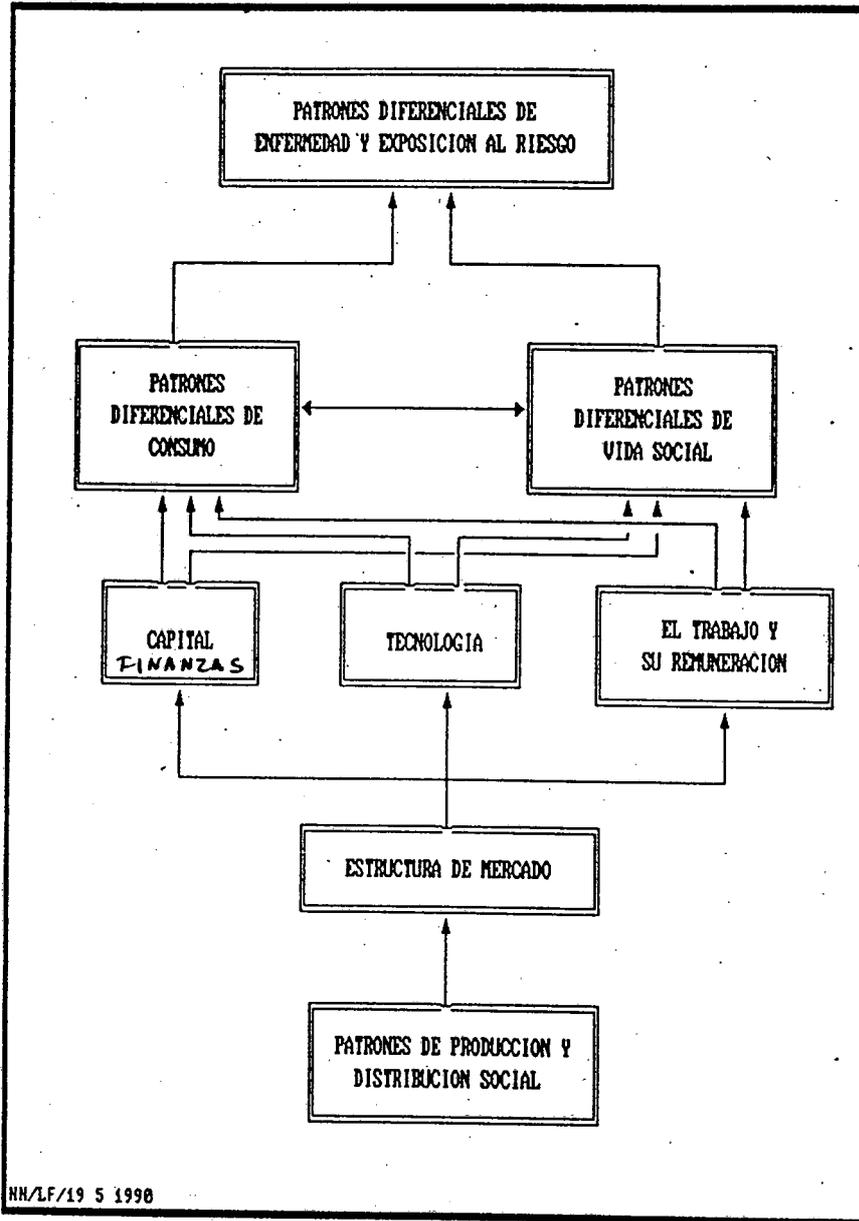


DIAGRAMA 5



HN/LF/19 5 1990

lo social así entendido se transforma en más o menos salud o más o menos enfermedad, y no siempre es la variable "ingresos" la mejor opción. Por eso es importante jerarquizar variables y proponer los "modelos" conceptuales que construimos en una investigación particular para expresar esas mediaciones, especificando qué significado atribuimos a los indicadores incluidos. Muchas veces un sólo indicador tiene distintos significados, provee claves diferentes, dependiendo del contexto en que ubiquemos nuestra observación y nuestra interpretación. Ello debe hacerse explícito desde el inicio de la investigación.

Señalamos la complejidad de los hechos sociales. En nuestra sociedad de capitalismo neoliberal, dependiente internacional, y por tanto subdesarrollada, lo social tiene un modo de particular de presentarse, asumir o no, y responder o no, a la dinámica de las necesidades, del mercado, de la tecnología, de los riesgos, de las coincidencias y de las desigualdades, dependiendo de qué lado de la ecuación de las finanzas nos encontramos participando. Es lo que al relacionar el concepto de "modo de vida" con el de "sociedad" Cordova Cañas (1988) llama "nivel de vida o calidad de vida," es decir: "las distintas formas de satisfacción de las necesidades que evidencian la existencia de clases y capas sociales diferenciadas," con sus consecuentes OPORTUNIDADES y/o PRIVACIONES, con sus consecuentes MEDIOS o ESTRATEGIAS para sortearlas, con sus consecuentes RESULTADOS completos o incompetos, exitosos o frustrantes.

Al referirnos a nivel y calidad de vida aquí, destaco otra vez la división entre la subsistencia material y la supervivencia social manejada por Choussodovsky (1983), para enlazar las leyes sociales a las cuales anteriormente hacía referencia (Diagramas 2-5); porque la categorización metodológica de lo material y lo social --al operacionalizarse-- nos permite ordenar, discriminar, jerarquizar, priorizar, el comportamiento de algunos fenómenos o variables observables y medibles, o de algunas de sus mediaciones, en la determinación de la salud. Los correlatos o referentes empíricos de eso material y social identifican los medios y las formas para dar respuesta a la satisfacción de necesidades específicamente humanas, ya sean básicas o complementarias. Algunos de esos referentes pueden tener mayor o menor fuerza, en un momento dado, en la determinación social que ahora destacamos, y es papel del científico social y del epidemiólogo investigador seleccionarlos adecuadamente y orientar su precisión, "cerrando el campo de interés." Hay "categorías de interés" que pueden relacionarse mejor o peor con distintos procesos de salud enfermedad e inclusive con distintos estadios o momentos del proceso. No se trata de que porque lo social está en todo cualquier parte de ese todo es igualmente capaz de reflejarlo, predecirlo, dar "cuenta y razón."

Cuando se operacionaliza lo social y cuando en la fase empírica de la investigación se está buscando medir indicadores para asociarlos a diversas manifestaciones tanto del proceso salud-enfermedad, como a otro cualquiera de sus múltiples campos de acción, se ha acudido previamente a la selección más o menos tradicional de variables tales como las listadas a continuación:

- ocupación,
- profesión,
- trabajo,
- extensión de la jornada;
- condiciones de trabajo;
- descanso; fatiga; stress;
- exposición a riesgos;
- ingresos,
- alimentación,
- acceso a, y uso de servicios,
- cobertura de seguridad social,

posesiones materiales,  
 zona de residencia,  
 área geográfica,  
 vivienda,  
 hacinamiento,  
 higiene personal y/o ambiental,  
 vestido,  
 educación,  
 escolaridad,  
 instrucción,  
 nivel de información,  
 recreación,  
 uso del tiempo libre,  
 aspiraciones,  
 opiniones,  
 hábitos,  
 deseos,  
 valores,  
 actitudes,  
 conducta

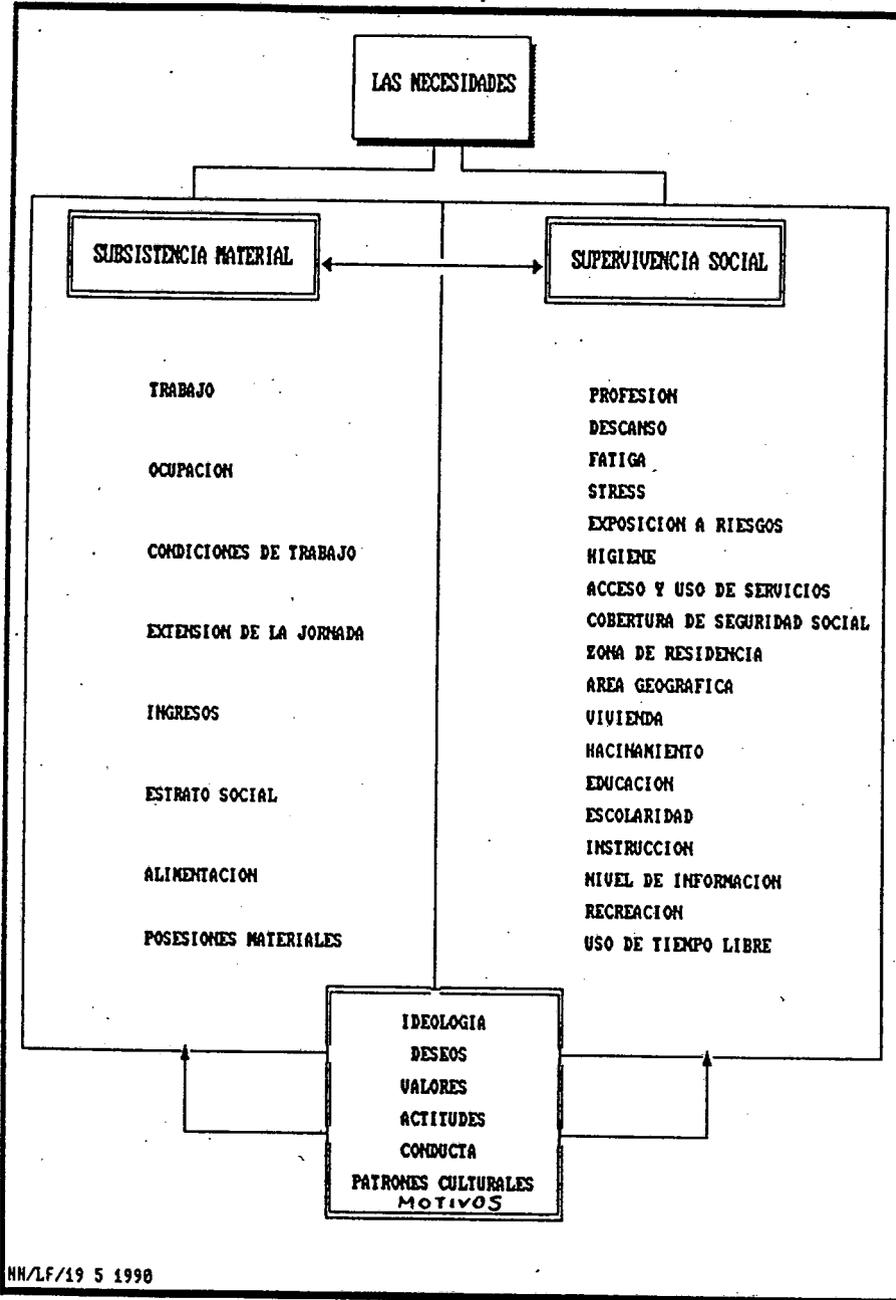
Todo ello es realidad, pero realidad parcial si se le descontextualiza. Breihl y colaboradores (1983) han planteado cómo

"si se utilizan las variables solamente con un sentido descriptivo, se reduce la elaboración estadística a su dimensión mas simple y poco útil para el logro de inferencias de grado superior; por el contrario, si para el ordenamiento, clasificación, medición e interpretación de datos se parte de categorías científicas mas generales que expresen la esencia y el dinamismo de los condicionamientos estructurales de los procesos epidemiológicos, entonces se pueden establecer clasificaciones más rigurosas y puede interpretarse el significado de hallazgos asociados o representados en las variables menores."

En el Diagrama 6 se presenta una clasificación aproximada, un ordenamiento perfectible de algunas de esas "variables menores," de acuerdo a su relevancia para la supervivencia material y/o social, en el contexto de las proposiciones teórico-metodológicas anteriormente desarrolladas (Diagramas 1 al 5). Por tanto, la diferencia entre el enfoque convencional de lo social y el acá propuesto es que, en éste, cada variable contextualizada mide --y no se pierde de vista-- una necesidad, oportunidad y/o riesgo tanto para la subsistencia material como para la sobrevivencia social; o mide --y no se pierde de vista-- un acercamiento a la intensidad y al déficit en la satisfacción de esa necesidad (ver Diagrama 4), suponiendo que existe un standard y una variabilidad más allá o más acá de los cuales ese "límite" se expresa en potencial diferente de salud-enfermedad, en desigualdad y falta de equidad social. Esta aproximación al problema la comencé a desarrollar a principio de los años 80 y la presenté en una investigación particular (Nuñez de Macía, 1983, 1987).

En el enfoque positivista, empírico-funcional reduccionista, que maneja lo social en Epidemiología con las mismas categorías con las que se maneja lo biológico (6), esas variables son tratadas como objetos en sí, manifestaciones abstractas, autónomas e independientes, externas al proceso, y se convierten en características o atributos personales per se. Atributos que exhiben los individuos

DIAGRAMA 6: EL ESTADO, LAS LEYES SOCIALES, LAS NECESIDADES, EL CONSUMO



o las poblaciones de una sociedad o (cuando mas) de determinados estratos sociales, sin que logre trascenderse la superficie o la apariencia fenomenológica de "lo social."

Por esto es importante revisar si se han hecho explícitos los fundamentos teóricos y metodológicos de los instrumentos utilizados en diferentes investigaciones para aludir a "lo social." Generalmente se hace uso de ellos "como si" fueran autónomos, y no existiese en la realidad la lógica y la racionalidad del Estado como articulador de lo social en su referencia a lo concreto: el capital, el mercado, las finanzas, el trabajo y la necesidad. Pero entendiendo el concepto de "necesidad" en el sentido en que Jeannete Abouhanad (1978) lo trabajó, es decir: como origen de praxis y fundamento de reivindicación social. Este enfoque sitúa el problema de la posibilidad de salud-enfermedad y sus respuestas en la dimensión y el contexto del Estado y de las clases sociales. Esto también nos plantea que hay al menos dos grandes caminos analíticos a seguir, a partir de este momento. O se trabaja con conceptos tales como "status socio-económico," "estratificación social" y "conducta," o se trabaja con "clase social," "fracción de clase" e "ideología." Ambos caminos representan formas científicas de abordar la realidad social, pero ambos conducen a diferentes propuestas de cambio social.

Situados en el enfoque crítico no para "percibir" y "describir" solamente el papel de "lo social" en Epidemiología, sino para "analizarlo" en el sentido de comprenderlo, interpretarlo y transformarlo, puedo ahora pasar a aportar elementos para el estudio del manejo metodológico de la relación entre esas estructuras de producción, tecnología y consumo para la supervivencia material y social, y los perfiles epidemiológicos o los patrones diferenciales de morbi-mortalidad en una formación social concreta, en un Estado (5). Enunciaré algunos aspectos fundamentales para abordar la investigación social en Epidemiología.

---

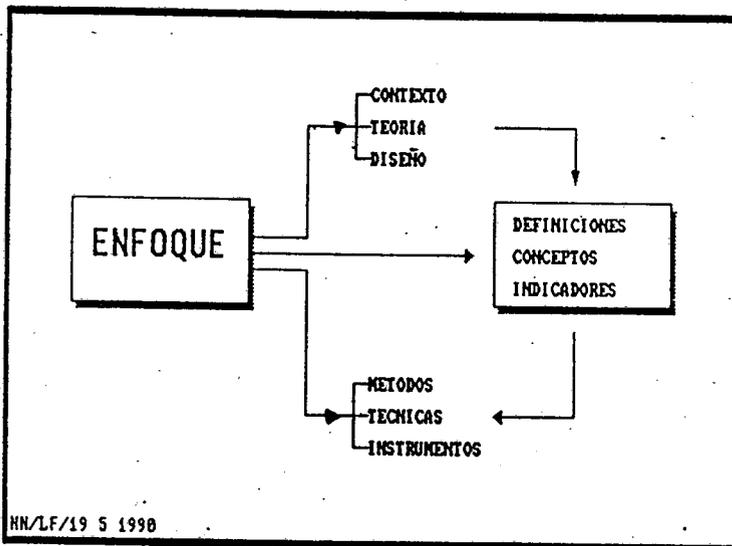
#### Para Abordar la Investigación de lo Social en Epidemiología

---

Al centrar la discusión en los cuatro elementos planteados en la introducción y en las categorías modos de trabajo y modos de vida, estoy a la vez identificando elementos claves para tratar correctamente el tema de la investigación y el manejo de "lo social" en Epidemiología:

1. la teoría del contexto, el diseño, el método y las técnicas de la investigación (Diagrama 7). Ninguno de estos elementos es ideológicamente extraño, ni a la conciencia del investigador acerca de la composición de la sociedad concreta en la cual el conocimiento y la ciencia se producen, ni a las explicaciones que se proponen para identificar o decodificar las causas o los sustratos de los diversos modos de enfermar que los individuos en esa sociedad experimentan. Quiere decir que el enfoque correcto (contexto, teoría y diseño), y no sólo los métodos, técnicas e instrumentos correctos, son definitivos en el avance de la comprensión del papel de lo social en la Epidemiología. En lo operativo los conceptos, las definiciones, y los indicadores seleccionados para observación, y luego para someter a prueba una hipótesis y evaluar, describir o analizar los fenómenos, se desprenden del enfoque, del marco teórico que hayamos construido para el abordaje y dominio del problema. En lo conceptual, la selección y el planteamiento del problema obedecen a la noción de relevancia social que le confiere la teoría del contexto que se esté postulando. ¿Qué es y cuál es el Problema? ¿Qué es y qué no es

DIAGRAMA 7: TEORIA Y METODO



importante investigar; por qué y para qué?

2. sabemos que todo develamiento implica también una ocultación (Rof Carballo, 1977), una selección, una priorización. No será por tanto redundante expresar que en cada enfoque de lo social en Epidemiología hay implícito un modelo de causalidad (Blalock, 1964; Cassel, 1964; Susser, 1973) y un modelo de acción para su abordaje, un modelo de prescripción y un modelo de omisión o de inhibición. En su dimensión más amplia, ese enfoque es correspondiente y tal vez corresponsable de una política o de una línea de la política sanitaria de país. Ello implica "los propósitos políticos, las organizaciones que los contienen y también las estrategias para ponerlos en práctica (Testa, 1989)" en cada sociedad concreta, en cada modo de organización social y en cada modo de vida a estudiar.

Los enfoques indican no sólo cómo percibir lo social sino también cómo organizarlo y cómo evaluar su tipo de impacto sobre el individuo y/o la sociedad; cómo y por qué proponer estabilidades y/o cambios, en un momento dado. Y es que cuando lo social entra en el ámbito de análisis la función ética normativa y axiológica de la ciencia, le es consustancial. Esta es una diferencia entre la Ciencia Natural y la Ciencia Social que no puede perderse de vista puesto que ignorarlo conduce a la incomprensión científica de lo social, y --para nuestros propósitos-- de la Epidemiología y de la Medicina también. Esa diferencia no es reconocida por la filosofía positivista para la cual los asuntos normativos y valorativos son completamente diferentes de los científicos. Aquí entra en juego una polémica interesante. Para la corriente de pensamiento positivista el conocimiento científico es en sí mismo política y moralmente neutral, y sólo se reconoce como forma de conocimiento genuino la ciencia empírico-analítica. A esta se la define por lo que hacen los científicos objetivos, sin valores y sin intereses, y se la explica (o se intenta hacerlo) a través de los análisis metodológicos y los procedimientos científicos puros, sin tomar en consideración el entorno, los determinantes de la misma. Quiero señalar que esa ciencia descontextualizada es también una política, enmascaramiento ideológico en el decir de Ludovico Silva (1974).

A esta posición contrapongo la de otros investigadores entre quienes elijo a Habermas (1972). El argumenta acerca de la existencia de tres categorías de fenómenos en el conocimiento. Estas categorías son diferentes entre sí, pero a la vez contienen elementos que se interrelacionan, que le son complementarios: la ciencia empírico-analítica, la hermenéutica o interpretación histórica y el conocimiento auto-reflexivo, categoría a la cual pertenece fundamentalmente la teoría social crítica. Así Habermas plantea que todo conocimiento científico (aún el empírico-analítico como conocimiento parcial) presupone y está constituido por un interés humano muy específico: el control instrumental y práctico de los procesos y objetos tanto naturales como sociales. Pero ese interés, definido o nombrado por Habermas como interés "técnico" es el que para mí constituye la dimensión política de la Ciencia Social y de la Epidemiología. Destaco pues en el reconocimiento de los postulados anteriormente planteados la intervención del pensamiento político en la construcción y reconstrucción del conocimiento, en la búsqueda de una teoría explicativa que permita e incluya la interpretación histórica y la auto-reflexión. Invito ahora para que revisemos cómo los enfoques de lo social en Epidemiología surgen no en forma "natural" sino "histórica," no en forma "lógica" sino "epistemológica."

---

Notas Metodológicas Inmersas  
e Ilustradas  
en Una Reseña Histórica

---

El tratamiento de "lo social" en Epidemiología no es el tratamiento de la situación de pobreza o el de una sola fracción de clases en una sociedad heterogénea. Sin embargo, para la ilustración de los planteamientos metodológicos hasta ahora desarrollados, voy a concentrar atención en lo social vinculado a una patología de la pobreza, en el entendimiento de que, por una parte, es el "empobrecimiento" una de las áreas de mayor crecimiento en la eclosión de la crisis que caracteriza al país. Por otra parte, que de lo que se trata ahora es de demostrar dificultades en el manejo de "lo social en Epidemiología" y ello es válido para las otras líneas de trabajo. Veamos así algunos elementos de lo que ha sido históricamente el progreso (y el estancamiento?) del enfoque de lo social en Epidemiología. Para nuestra sorpresa encontraremos que los problemas de hoy en este tema no son nuevos.

Revisaremos lo ocurrido con el estudio de un problema de salud desde el momento en que se desconocía su etiología, se vivían sus efectos dramáticos y comienza a llamar la atención al extenderse en forma "epidémica," hasta que se llega a esclarecer el enigma, se identifican medidas de prevención y control y se produce la erradicación. Propongo el modelo de lo que inicialmente fue llamado "El Mal de la Rosa." Esta relatado en las "Memorias de la Historia Natural y Médica de Asturias" en 1762, y ha sido traído hasta nuestros días en el manual publicado en 1988 por la Oficina Panamericana de la Salud bajo la dirección de Carol Buck, Alvaro Llopis, Enrique Najera y Milton Terris. El manual es El Desafío de la Epidemiología: Problemas y Lecturas Seleccionadas. Ningún estudiante o profesional de este conocimiento y esta praxis puede pasarlo por alto.

Para investigar "El Mal de la Rosa" Gaspar Casal (1762) partió de la observación sistemática, procedimiento que caracteriza la investigación epidemiológica y la actividad científica en general. Para ese entonces ya describió aspectos de la "historia natural de la enfermedad" Califica al mal como endémico, y para "sacar la noticia de la enfermedad" no utiliza otros elementos que no fuesen la observación y la historia clínica, el interrogatorio cuidadoso y el estudio del caso con una perspectiva de población. Entrevista, hace historias, las piensa, las interpreta, y comienza a convertir sus impresiones y observaciones en datos. Llega así a diferenciar el estado agudo y crónico y a establecer signos patognomónicos de la enfermedad. De la descripción de signos físicos aislados pasa a la descripción de las conductas y los estados afectivos que la acompañan, y "al tomar el cuerpo," progresan hacia la muerte.

En la búsqueda de elementos para controlar la enfermedad --en la época en que en Medicina se manejaban con éxito hipótesis sobre infección y contagio-- Casal hace conjeturas, se plantea un incipiente enfoque multicausal: considera el clima y la temperatura, las estaciones, y los alimentos, notando la importancia de la dieta y concluyendo que la población altamente susceptible eran "los pobres labradores" en quienes "sus vestidos, sus camisas, sus lechos y sus habitaciones, son iguales a sus alimentos..." Casal señala que para poder llegar a esbozar elementos de causalidad necesitó conocer "las relaciones" entre los enfermos. Por lógica concluye que la dieta es lo que hoy día llamaríamos el

factor de riesgo. Y no se queda ahí. Se plantea el problema del acceso al consumo. Describe la relación entre el consumo de alimentos y las leyes del intercambio desigual y del mercado, en los siguientes términos:

"La leche, que indudablemente podría, por causa de la manteca que contiene, corregir la demacración que ocasionan los alimentos ordinarios, se toma, por lo general, después de extraer dicha manteca; pues los pobres la extraen y la venden, para comprar otros comestibles necesarios..."

Casal observa cómo comprando y consumiendo sólo manteca de leche, una paciente se recupera totalmente desde el estadio más avanzado de la enfermedad: la melancolía, la angustia y la demencia, hasta la salud completa con la desaparición absoluta de las cicatrices que daban origen al nombre de la enfermedad y que de otra forma se pensaban irreversibles. Casal, en 1762, frente a la hipótesis de la infección y el contagio, guiado por la observación, identifica y contextualiza la enfermedad, concluyendo así en su naturaleza nutricional y económico-social.

Al rededor de 1914, inicios de la Primera Guerra Mundial, se retoman estudios sobre el tema en los Estados Unidos donde venía siendo endémica (en los Estados del Sur) una "peste" de proporciones alarmantes, descrita nuevamente como un sarpullido de color encendido (signo que dá origen al nombre de mal de la rosa), que cursa con locura y termina en muerte. O sea, cientocincuenta años después de identificado en Europa por Casal, en 1916, Goldberger, Wheeler y Sydenstricker reportan sus resultados sobre la incidencia de "el mal de la rosa," ya entonces reconocido como "Pelagra." Revisan unos 25 trabajos que para ese tiempo constituyen la bibliografía sobre el tema. Presentan lo que hoy sería un protocolo de investigación y describen dentro de sus materiales y métodos la población implicada: empleados y trabajadores de plantas textiles en siete aldeas de Carolina del Sur. Ordenan el conocimiento existente, seleccionan las categorías de interés y cierran su campo de observación.

Como Casal en 1762, Goldberger y colaboradores vuelven a incluir en su estudio las siguientes variables: estación o temporada, alimentación, y condiciones económicas. Pero avanzan en diseño y en metodología; intentan eliminar lo que hoy día llamamos "variables de distorsión." Es decir, siguiendo argumentos aparentemente convincentes se plantean que para hacer el estudio más "homogéneo" es necesario excluir, del mismo tanto a la población de raza negra como a los funcionarios de las plantas textiles y empleados cuyo nivel socioeconómico difiriera del grueso de quienes ellos consideraban la población al riesgo. Indudablemente, como ocurre con la mayor frecuencia en nuestros días, ésto les hizo perder una posible población control, sesgando el estudio e impidiéndoles el proceso de prueba y "comparación" entre poblaciones expuestas y no expuestas al riesgo bajo observación.

Al tomar el estudio una perspectiva social, los autores se proponen trabajar en profundidad las "condiciones económicas," y las operacionalizan en términos de ingreso y disponibilidad de alimentos. Diseñan un método de clasificación de acuerdo a la posición de clase para lo cual hacen una limpia y minuciosa descripción tratando de librar de posibles fuentes de error a la variable

"ingreso familiar." Finalmente construyen un índice en el cual, empleando la escala de necesidades alimenticias de Atwater, expresada en términos de "unidades de varón adulto," llegan a "ingreso familiar por unidad de varón adulto." Demuestran estadísticamente y llegan a la conclusión de que hay una relación inversa entre ingresos y proporción de familias afectadas por la Pelagra, detectándose que a medida que el ingreso se reduce más hay una tendencia mayor a que varios miembros de la misma familia se vean afectados. Pero inexplicablemente suceden dos cosas: Uno, no reportan los resultados obtenidos en términos de los indicadores establecidos, es decir, en términos de ingreso familiar por unidades de varón adulto. Dos, desaparece del estudio la categoría "posición de clase," que habían identificado como contexto, no definen "clase" y de esa manera, parecen perderse. No hay categorías de análisis que les permitan interpretar la realidad compleja en la que investigan y están inmersos. Así, centran el estudio en lo que Breihl y Colaboradores llaman las "variables menores." ( )

Puesto que se dan cuenta, como Casal 150 años antes, de que la enfermedad está ligada con la pobreza, para explicarse los resultados los investigadores acuden a argumentaciones en tres vías de explicación: falta de higiene y malas condiciones sanitarias, diferencias en la composición por sexo y edad de la población de los diferentes grupos de ingreso, y diferencias en la alimentación. La higiene queda descartada al no tratarse de una enfermedad infectocontagiosa; la composición etaria de la población había quedado descartada al hacer el ajuste en términos de "unidades de varón adulto." La explicación remanente fue la de las diferencias en la alimentación, asociada nuevamente a las posibilidades de consumo en términos del ingreso. Cuando evidentemente ingreso lo que mide allí es condiciones de trabajo y poder adquisitivo.

No es, como se señala en el texto de Fox, Hall y Elveback (1978), que Goldberg y colaboradores fueran quienes demostraron claramente que no era una enfermedad infecciosa, proponiendo la hipótesis de las diferencias en la alimentación. Eso --ya sabemos-- comenzó con Casal. Pero lo que sí es relevante en el trabajo de Goldberg y colaboradores es que refuerzan y documentan el efecto del poder adquisitivo de los grupos familiares en "la dieta productora de la Pelagra," y pasan a preguntarse por qué algunos miembros de la familia escapan a la enfermedad. Aluden a hipótesis de posibles diferencias en la alimentación consumida por los distintos miembros de la familia, a la hipótesis de diferencias en la susceptibilidad o resistencia individual, y a una combinación de factores entre los que entran en juego "la inteligencia y la habilidades del ama de casa para emplear los recursos disponibles," el espíritu de ahorro y la posesión de alguna fuente de alimentación privada, en el huerto o granja familiar.

Es notable la forma progresiva con la cual trabajan el diseño de investigación. Golberger, Wheeler y Sydenstricker dirigen el estudio hacia posibles diferencias en la incidencia de la enfermedad no ya entre distintos grupos de familias sino entre grupos de población más amplios, y comparan la incidencia entre distintas aldeas. Pero señalan que como el origen y tipo de población, el carácter del trabajo desarrollado y los hábitos generales de vida, eran parecidos, no los exanarían. Hay aquí dos errores. Por una parte, suponen la homogeneidad en una población que ellos mismos al "cerrar el campo de observación" hicieron homogénea: recordemos que han eliminado del estudio a toda la población por debajo de cierto nivel de ingreso. Por otra parte, buscaban encontrar la *enfermedad o por*

heterogeneidad en la determinación de la patología dentro de un grupo homogéneo de alto riesgo sin compararlo a la protección que a otras poblaciones pudiesen prestar los diferentes modos de vida incluyendo el carácter del trabajo, que en la población objeto de estudio fue declarada erróneamente como una constante.

Al plantearse que la enfermedad estuviese relacionada con el poder adquisitivo se fueron a la idea del mercado y la variación de precios de una aldea a otra, lo cual no les aportó ninguna nueva información. Lo que sí fue claro al comparar en profundidad dos aldeas fue que la incidencia de la Pelagra variaba de acuerdo a la disponibilidad de alimentos. Atribuyen el problema al diferente acceso a los alimentos frescos producto de las diferencias en la oferta del mercado, confundiendo el punto al trabajar sólo un lado de la ecuación: diferencias en oferta y no en poder adquisitivo. Así nuevamente concluyen en forma parcial. Es posible que el manejo del problema sólo en términos de análisis de relaciones bivariadas, que era lo que para el momento permitía el avance del conocimiento estadístico más generalizado, hubiese dificultado la descripción y análisis de los hechos. No se plantearon un "modelo" conceptual que permitiera la interpretación global.

En un momento importante de la investigación señalan la dificultad del cultivo en la aldea de mayor incidencia debido en última instancia a "las largas horas de trabajo en la fábrica." En otro momento señalan que

"el sistema de cosecha única que se práctica (...) por razón de condiciones aparentemente poco favorables de la distribución de los alimentos y otras condiciones de carácter económico con ellas ligada, se pueden considerar como indirectamente responsable de la morbilidad y mortalidad de la Pelagra que aflige anualmente a los trabajadores agrícolas."

¿Era realmente el problema el del sistema de cosecha única? ¿Era la imposibilidad de acceso a los alimentos frescos y a las proteínas de origen animal, de alto costo para esa población, ya reportado previamente por Casal? Escapa a la consideración de los investigadores el hecho de que en su estudio coexistían en la población características de dos modos de producción --y las correspondientes formas o estrategias de población para la supervivencia material y social. No son los pobladores estudiados principalmente trabajadores agrícolas. Son trabajadores industriales, textiles, que además, luego de su jornada de trabajo en las fábricas donde se procesa el algodón, trabajan más, en la siembra, en la recolección, para "completar" su modo de subsistencia. Y aún así la forma de remuneración del trabajo (medido como ingresos) no permite el acceso al consumo, no es suficiente para cubrir adecuadamente las necesidades mínimas de alimentación.

Más adelante, en 1923, Goldberger, Waring y Tanner reportan los resultados de su ensayo experimental en en dos orfanatos y un sanatorio para enfermos mentales en Jackson, Mississippi. Aquí es cuando se considera que demuestran --por contraste con "personas acomodadas" en quienes nunca se observó la enfermedad-- que no es infectocontagiosa y que el mejoramiento de la dieta puede controlarla. Volveremos sobre esta conclusión. En fin, los autores, aún cuando se aproximan al modo de producción, a las relaciones de trabajo y a las relaciones de mercado,

no llegan a sacar el problema del marco de los atributos personales o de las características de las aldeas. Por eso concluyen que el problema es mejorar la posición económica, lo que "queda fuera de la esfera de los peritos de sanidad."

Permitámonos examinar elementos de otro estudio y contrastar algunas posiciones; tomemos el estudio de Baker en 1767, quien --cuando comunica su investigación experimental y su descubrimiento de un tóxico incorporado a la bebida diaria como factor causal en la etiología del "cólico" de Devonshire-- se pregunta: "no puede esto ser considerado como objeto que merezca una seria atención por aquellos que tienen el poder y la oportunidad de eliminar una fuente de tanto mal."

En el caso del mal de la rosa --también llamado en Italia el mal del sol por su presentación durante la primavera y el verano, y por tanto su atribución a la insolación consecuente-- el riesgo lo tenían quienes consumían un sólo elemento en la dieta y por tanto desarrollaron la enfermedad por deficiencia nutricional. No se trata de ninguna manera de desconocer el descubrimiento del ácido nicotínico, la niacina, componente del complejo vitamínico B ausente en el grano de maíz, y su papel en la enfermedad. Pero: ¿hay una "causa" única de la enfermedad? ¿Se trata de un problema de susceptibilidad o de un problema de población-al-riesgo? ¿Qué factores determinan la exposición?

Al retomar el caso de la Pelagra como un ejemplo clásico de enfermedades carenciales se continúa manejado en la literatura epidemiológica (Fox et al., 1970; Lilienfeld y Lilienfeld, 1976) la certeza de la falta de niacina casi en la forma de causa necesaria y suficiente. Sin duda este enfoque de causalidad teóricamente ya superado continúa siendo el centro de las conclusiones de muchos estudios contemporáneos. En todas las investigaciones sobre la Pelagra que revisamos están planteadas las categorías que propusimos para contextualizar la investigación sobre el proceso de salud-enfermedad. Es decir, si ubicamos las "variables menores" en los categorías contenidas en los Diagramas anteriores, esas investigaciones podrían operacionalizar, aunque en forma descontextualizada, las leyes de producción y reproducción social, las estrategias de supervivencia, las necesidades de bienes y servicios en una fracción de clase social: en resumen, su modo de trabajo y modo de vida. Igualmente encontraríamos presentes en los estudios posibilidades de interpretación acerca del carácter desigual de las leyes del intercambio o mercado, la subsistencia material y social, las contradicciones y las coincidencias en lo axiológico, en el poder y en la política. Todo ello junto a los riesgos de una dieta y las no respuestas políticas ante la producción de la enfermedad.

No hubo contexto ni teoría que diera coherencia conceptual y política a los resultados reportados; no apareció interpretación porque no se trabajaron "categorías analíticas que poseyeran en profundidad la necesaria capacidad explicativa (Testa 1989)". ¿Continúa la investigación contemporánea reproduciendo el mismo modelo de causa necesaria y suficiente, y de ahistoricidad? Es evidente cómo hay diferencias importantes en los resultados de las investigaciones al ser éstas afectadas por el punto de partida acerca de lo social, por "la selección de las categorías de interés" y por la manera de "cerrar el campo." El manejo que se hizo de lo social en las investigaciones comentadas determinó la manera de acercarse al problema y buscarle solución. Como vemos, éste es el acontecer no sólo de la mayoría de las investigaciones contemporáneas sino de las intervenciones, los programas y las políticas del Estado, acerca de las relaciones entre lo social y la salud. Seguimos atrasados en la historia.

Mario Testa plantea que "la cuestión es muy simple: mientras sigamos creyendo que la determinación de las enfermedades se agota en la determinación biológica, química, física, e inclusive, en una determinación seudo social, no habrá posibilidad de actuar con eficacia sostenida, a pesar de los triunfos transitorios que una tecnología modernizada puede aportar (1989)" Testa también aporta

otras dos consideraciones a este tema: en la primera nos señala que en el estudio de lo social "todo diagnóstico es sesgado por el propósito que lo guía; el sesgo se manifiesta precisamente en las categorías en base a las cuales se ordenan los datos escogidos (1989)". En la segunda nos señala que "no pueden estudiarse los problemas sociales como si fuesen objetos aislados, mas, al hacerlo en su debido contexto, al reflexionar para percibir y comprender el fenómeno, la ciencia y el conocimiento útil tienden a desencadenar toma de decisiones que implican (y concluyen en) propuestas de cambio social (1989a)."

Los desarrollos que he presentado para estudiar el modelo de investigación de "El Mal de la Rosa" partieron de una teoría crítica de lo social. Por el contrario, considerando en forma positivista lo social, o trabajando sólo lo seudo social, algunas teorías pueden llegar a plantearse las medidas de prevención y control de la enfermedad, sin incluir ni contar con la condición que la origina ni con los correspondientes constituyentes de las condiciones sociales que la generaron. Por eso el estudio experimental de Goldberger y colaboradores concluye así: el control de la dieta garantiza la desaparición de la enfermedad. De hecho la erradicación de la enfermedad se produce cuando se enriquece el maíz con el elemento nutricional faltante. Pero, desde este punto de vista es claro cómo lo seudo social en la Epidemiología conduce a, y refuerza, el tratamiento de la apariencia del fenómeno, no las causas profundas. Porque la falta de niacina está ahí, pero si ese hecho se neutraliza con la posibilidad de balancear la dieta con otros nutrientes, la "plaga de la rosa" no se hubiese producido, mucho menos se hubiese hecho endémica, sólo entre un sector de la población. Al hacer el enfoque crítico de lo social estoy proponiendo con claridad el que se trascienda lo seudo social, que se asuma la dimensión del compromiso con el conocimiento producido, asumiendo la posición axiológica que se traduce en acción.

---

#### Las Ciencias Sociales y la Epidemiología

---

Históricamente la Epidemiología ha fortalecido su campo de acción y pensamiento, vinculada al desarrollo de la Medicina Social, la Salud Pública, la Estadística y las Ciencias Sociales; entre ellas particularmente la Psicología, la Antropología, la Economía y la Sociología. Al mismo tiempo, el avance de la Epidemiología ha ampliado el campo de acción de esas disciplinas y particularmente el de la medicina clínica; le proporciona no sólo métodos que contribuyen a estimar e interpretar, por ejemplo, el valor predictivo de un test diagnóstico, o la probabilidad que tiene un individuo de presentar una determinada patología si está expuesto a uno, \* a un conjunto de riesgos, sino también marcos de referencia y patrones de orientación contextual. Al identificar la población al riesgo y/o la población susceptible esos patrones permiten sistematizar y contribuyen a explicar la etiología, la forma de presentación, el pronóstico y la evolución de los problemas y/o casos a enfrentar. El crecimiento de la Epidemiología es parte de la historia flexible del hombre para describir, explicarse, prever y dar respuesta de población a las formas cambiantes de combinarse:

- \* la susceptibilidad expresada en la combinación de lo biológico natural y lo amplio social,
- \* la historia de los riesgos y las maneras de reaccionar,
- \* las formas de lucha y de intervención, para prevenir, para controlar, para recuperarse de la enfermedad, evitar la mortalidad temprana, interceptar la morbilidad evitable, y promover la salud.

La Epidemiología, puede decirse también, aspira cada vez más al rigor científico, pero no alcanza los niveles de exactitud que otras ciencias dominan. Al discutir los "desafíos de la Epidemiología" contemporánea Milton Terris nos plantea que, hasta el siglo XX, muchos de los descubrimientos acerca de lo social y su vinculación con la enfermedad "parecieron quedarse en retórica por falta de metodología científica que demostrara sus argumentaciones." En consecuencia, para Terris es la posterior inclusión metodológica y sistematizada de lo social en la Medicina lo que incide de manera positiva y permanente en la transición de lo que hoy día se ha llamado el paso de la "antigua" a la "nueva" Epidemiología. Pero acá estoy planteando el que --aparte de las limitaciones de una ciencia al trabajar con la población y no en laboratorio-- hay otras particularidades y complejidades. En este trabajo estoy planteando que no es sólo lo metodológico lo que garantiza la posible eficacia del conocimiento producido en Epidemiología. La investigación de Goldberg y colaboradores así lo demuestra; se produce en momentos en que ya hay un desarrollo metodológico importante, pero ignora el también importante desarrollo de la conceptualización teórica de lo social que para ese momento ya ha producido la economía política y la sociología europea. La investigación epidemiológica no puede sustraerse al avance de otras ciencias. La Epidemiología es interdisciplinaria e intersectorial.

El paso de la antigua a la nueva Epidemiología tuvo importancia definitiva el que los médicos y los higienistas ingleses y norteamericanos redescubrieran en el siglo XX "la escuela sociológica," o la ciencia del tratamiento de lo social (Buck et al., 1988). Este redescubrimiento provenía no sólo de la necesidad de dar respuesta a las formas cambiantes de los perfiles de salud-enfermedad sino también de la conciencia política de esos investigadores médicos e higienistas, de su percepción acerca de la naturaleza de los cambios económico-sociales que se materializaban en la sociedad y que se expresaban sobre los individuos en forma de problemas colectivos de salud-enfermedad. Es la combinación acertada de la teoría y el método, ligada al contexto económico y político, lo que le permite interpretar.

Detengámonos en este aspecto. Aunque el esfuerzo por comprender y explicar los aspectos sociales vinculados a la salud y a la enfermedad se ha registrado históricamente en todos los modos de producción identificados desde Grecia hasta nuestros días (García, 1972), éste se dá con énfasis marcado en el período de las transformaciones socioeconómicas ocurridas al surgir y vitalizarse el capitalismo en los países europeos. Las condiciones de salud-enfermedad dramáticamente desiguales entre las fracciones de clase en ese momento de la Revolución Industrial, obligan a los intelectuales de la época a plantearse una reconceptualización. En efecto Terris y Buck ilustran esta afirmación al plantear cómo a partir de la revitalización de enfoques previamente utilizados por Alison en Escocia, por Virchow en Alemania, y por Villerme en Francia, o por Farr en Inglaterra; enfoques llenos de conciencia político social centrados en el análisis de la categoría "trabajo," la escuela de Higiene de Londres en los años 30, la escuela epidemiológica británica del decenio 1940-1950, y la escuela norteamericana de ese mismo período pasan sin dificultad, del estudio de las enfermedades infecciosas al estudio de las enfermedades no infecciosas.

Comenzaba a cambiar el perfil de salud predominante, y los médicos y epidemiólogos "se percatan," como dice Najera, de que los aspectos sociales de la mayoría de las enfermedades, infecciosas o no, erradicables o no, permanecen y son más importantes que el agente específico que las causa. Como ejemplo de ese viraje en la escuela de Londres se identifican los trabajos de Greenwood; en la escuela británica se encuentran los encabezados por John Ryle y los profundizados por Richard Doll y Bradford Hill. En norteamérica se señalarían los trabajos de Wynder, Graham, Levin, Goldstein y Gerhardt.

Estos cambios en el enfoque de la Epidemiología no fueron independientes de otros que, desde el mismo siglo XVIII, rompiendo paradigmas (Kuhn, 1978), se venían armando en el conocimiento

científico de lo social. Desde ese tiempo, con Auguste Comte, Karl Marx, Herbert Spencer, Emile Durkheim, y Max Weber, se dibuja y consolida el espacio propio de las diversas interpretaciones que hoy día dominan el campo de conocimiento de la Sociología y que nos ofrecen vías para distintas aproximaciones tanto al proceso de salud-enfermedad como al estudio de lo político y lo social.

Como contribuciones al desarrollo de diversos campos de acción, o usos de lo social en Epidemiología se destacan actualmente, por una parte, los trabajos de los sociólogos positivistas norteamericanos: Parsons, Mechanic, Bloom, Freeman, Freidson. Por otra parte, los trabajos críticos de Foucault, Morin, Marcuse y Habermas, y también los de Polack, Bachelard y Althusser. Particularmente interesa destacar la contribución tanto europea como latinoamericana a ese proceso de la construcción del marco teórico social para el enfoque de los problemas de salud. En Venezuela puedo citar los grupos de trabajo en los Departamentos de Preventiva y Social de las Facultades de Medicina y Odontología, en OPS, en el MSAS, CENDES, AVEDIS, e ILDIS. También en la COPRE, FUNDACREDESA y CAVENDES, no sin excluir grupos de intereses particulares donde intelectuales "supra-clases" de diversas disciplinas construyen y reconstruyen conocimiento a veces con una visión tecnócrata, a veces con visión política, no pocas veces en apoyo de grupos de poder dentro del Estado neoliberal.

Ciento cincuenta años internacionales de ciencia básica, de Medicina, de Estadística, de Epidemiología, Antropología, Psicología, Economía Política y Sociología, permitieron llegar en el siglo XX al descubrimiento no sólo de agentes etiológicos específicos tales como "cigarrillos, toxinas y grasas saturadas" en la producción del cáncer y la enfermedad cardiovascular sino también a métodos para el abordaje del conflicto económico y político-social transfondo de esas u otras ocurrencias. Habrá que seguir trabajando paciente e inteligentemente hasta lograr producir los estudios necesarios, los que combinen los progresos de todos esos modos de aprehender la realidad

Revisando esas consideraciones Carol Buck ha especificado el valor de la identificación de los mecanismos y reacciones individuales específicas implícitas en los descubrimientos de los agentes también específicos, conduciendo inclusive la especificidad de lo psicoimmunológico. De ahí Buck pasa a concluir junto con Llopis, Terris y Najera que detrás de esos agentes lo que hay son factores sociales determinantes: estilos y calidad de vida, políticas de producción, de mercado, de educación y de información (Buck et al., 1989). Así pudo establecerse que, sustentando tanto la teoría de los agentes específicos como la de la determinación social en la producción de la enfermedad, hay una armazón constituida por una formulación de la sociedad, del Estado hegemónico en esa sociedad. Esta armazón explícita o no, ahí está, presente, orientando el estudio y también la interpretación de los posibles resultados de la investigación para la aplicación del conocimiento o para la política de intervención. Sin embargo se continúa en Epidemiología eludiendo esta aproximación.

---

#### Algunas conclusiones acerca de los enfoques de lo social en Epidemiología

---

El análisis de cualquier problema de salud o de cualquier enfermedad aguda o crónica que carezca de una estructura lógica en su interpretación o de una hipótesis verosímil para su explicación, resulta difícil de realizarse (Barrett-Connor). Ha sido objetivo de este Capítulo atender aspectos conceptuales de esos análisis, identificar la lógica de sus estructuras, y discutir algunas de sus limitaciones y potencialidades, desde el ángulo particular de la construcción de los datos sociales correspondientes al montaje de esos diseños y de sus hipótesis.

Pueden resumirse de la siguiente manera las principales problemas en la investigación y manejo de la información sobre determinantes sociales y ambientales en la relación con el proceso de salud-enfermedad: Los diseños, que deben atenderse con cuidado. La población, la cual hay que seleccionar correctamente. La frecuente recolección de datos imprecisos; imprecisos en su nivel de medición e imprecisos porque no se hace explícita la categorización analítica de donde provienen lo que después son los instrumentos de recolección de información. Con frecuencia pareciera que las encuestas, fichas, escalas y cuestionarios, se independizan del proceso de investigación. Se "castran" teóricamente, perdiendo así su valor instrumental. Esto quiere decir inclusive que se presta escasa atención a la escogencia de los indicadores en función del fenómeno (o variable dependiente) que se quiera investigar, y que cualquier cosa sirve para todo. Digamos que dada la ubicuidad de "lo social" y el reconocimiento casi ya rutinario de su importancia, en su enfoque hay dificultades y se manejan con ligereza (o se ignoran) criterios de sensibilidad y especificidad. He señalado algunas observaciones acerca del por qué se producen esas imprecisiones. Fundamentalmente he argumentado que las estrategias y los instrumentos metodológicos mismos para llegar a los factores de riesgo específicos se ven amenazados por el manejo indiscriminado de lo social en su dimensión empírica, sin marco teórico, sin contexto, sin anclaje en el momento histórico-concreto en que ocurre el fenómeno, y por tanto sin fundamentación conceptual y política que le de significación y coherencia.

Por otra parte, desde los puntos de vista más estrechamente convencionales y pragmáticos en Medicina y Epidemiología, se señala que el conocimiento y la investigación sobre lo social en la salud y en la enfermedad --aunque valiosos-- no terminan de producir fórmulas o proposiciones "objetivas," "finales," "factibles," para que --una vez identificadas bien las vías a través de las cuales actúa un determinante lo social, bien la heterogeneidad presente en una población que ofrece un comportamiento diferencial del problema estudiado-- pueda ofrecerse una correspondiente vía de aproximación y solución. Una vía útil, duradera, concreta, casi "quirúrgica" en su sentido eficaz y radical; sigue abordándose lo social como en el experimento de Goldberg con la dieta, es decir, como atributo o dificultad individual. Al respecto la conclusión pareciera ser que la ciencia social ha permitido el conocimiento de los determinantes del proceso de salud-enfermedad pero no proporciona respuestas que faciliten el control médico propiamente dicho; por lo tanto, en Medicina y Epidemiología se ha hecho lícito identificar lo social pero proceder al margen de su determinación, cualquiera sea su instancia. Al tratar lo social como un apósito el resultado aparente es, a veces sólo el biologicismo a ultranzas, a veces sólo la simplificación de la realidad. El resultado real es la postergación artificiosa y/o la elusión definitiva de las propuestas de soluciones, implícitas en los análisis. El mantenimiento o la recurrencia de la situación a resolver.

Insisto en la necesidad de profundizar en el reconocimiento de las habilidades y dificultades metodológicas existentes para seleccionar adecuadamente las variables sociales y proponerlas, ya como factores de riesgo individual y colectivo, ya como atributo personal, ya como variables estructurales y categorías estratégicas. Porque se espera que esas variables permitan descubrir la variabilidad, la heterogeneidad propia de los fenómenos que estudiamos, y que, convertidas en datos, refuercen la eficiencia política, contribuyan a la toma de decisiones acertadas y oportunas. A aumentar nuestra capacidad predictiva y "resolutiva" en la búsqueda de elementos para el mantenimiento o la producción de la salud, para la explicación y/o control del desarrollo de la enfermedad y de sus resultados, para la eficiencia de los servicios y su impacto en la población.

Vista de esa manera la investigación sustantiva de los determinantes sociales en la Epidemiología tiene sentido, un sentido que a veces apenas nos es dado entrever, y que se posibilita o no, al plantear el problema, al ordenar las relaciones que vamos a estudiar, al elegir y jerarquizar (o no) las variables de interés y cerrar el campo de observación. ¿Aspiramos el "glassnot" en la ciencia? Podemos descubrir y denunciar las zonas de articulación entre lo social y lo epidemiológico; proponemos precisar los determinantes, no son transparentes. Ello tiene importancia por su papel

de vigilancia en la salud de la población. Lo tiene por su potencial incidencia en la dirección de cambios individuales y/o colectivos. Por su potencial contribución en el logro de la participación poblacional para la organización, comprensión, toma de decisiones y apoyo de las propuestas de cambio y/o estabilidad para la salud, para la libertad, la equidad, el bienestar y la solidaridad. Lo social en Epidemiología es ciencia y es praxis. Exige interpretación sin sustraerse de sus elementos históricos fundamentales. Hacer ciencia, investigar, no es ya saber, es aprender. Me pregunto si las transformaciones políticas contemporáneas que nos tienen tan perplejos, las que homologan procesos en el mundo este-oeste y profundizan diferencias en el mundo norte-sur, irán a tener algún impacto en nuestra manera de saber y de aprender? en nuestra manera de responder a lo aprendido?