



Salud Pública de México  
Instituto Nacional de Salud Pública  
europeza@insp.mx  
ISSN (Versión impresa): 0036-3634  
ISSN (Versión en línea): 1606-7916  
MÉXICO

1994

Olivia López Arellano / José Blanco Gil  
MODELOS SOCIOMEDICOS EN SALUD PUBLICA: COINCIDENCIAS Y  
DESENCUENTROS

*Salud Pública de México*, julio-agosto, año/vol. 36, número 004  
Instituto Nacional de Salud Pública  
Cuernavaca, México  
pp. 374-384

Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal



---

Universidad Autónoma del Estado de México

<http://redalyc.uaemex.mx>

# MODELOS SOCIOMÉDICOS EN SALUD PÚBLICA: COINCIDENCIAS Y DESENCUENTROS

OLIVA LÓPEZ-ARELLANO, M.C., M.M.S.,<sup>(1)</sup> JOSÉ BLANCO-GIL, M.C., M.S.P.<sup>(1)</sup>

López-Arellano O, Blanco-Gil J.  
Modelos sociomédicos en salud pública:  
coincidencias y desencuentros.  
Salud Publica Mex 1994;36:374-384.

## RESUMEN

*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.*

*Palabras clave:* sociología médica, modelos sociomédicos, corrientes sociológicas en salud

López-Arellano O, Blanco-Gil J.  
Sociomedical models in public health:  
Differences and points of encounter.  
Salud Publica Mex 1994;36:374-384.

## ABSTRACT

*The main points of encounter and/or differences between two sociomedical analytical models are discussed. Both models have substantially contributed to an integrated perspective on public health. Discussion is focused on the conceptual construction of social processes and the contribution of these social processes on the determination of health conditions, interpretations and health responses. Also, differences on analytical level and empirical procedures are discussed. Finally, facing the fact that "pure" models are no longer valid, the need for a strengthened population approach and the coincidences in values are seen as important intersection points of the two models.*

*Key words:* medical sociology, sociomedical models, sociological approaches on health

Solicitud de sobretiros: Dra. Oliva López Arellano. San Pedro Las Joyas 54, Tepepan, Xochimilco, 16020 México, D.F.

**L**A SALUD PÚBLICA representa un campo de estudio sumamente complejo, al abordar el fenómeno salud-enfermedad (SE) como un hecho colectivo en su doble dimensión social-biológica, las interpretaciones sobre éste y las respuestas socialmente

producidas para modificarlo. Esta complejidad ha conducido a la conformación de diversos modelos explicativos que interpretan tanto las condiciones de SE, como los saberes y las prácticas orientadas a transformarlas. La aparición de estos modelos corresponde a

(1) Maestría en Medicina Social, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, México.

distintos momentos del desarrollo de la salud pública, estrechamente ligados al desarrollo alcanzado por la sociedad y a la forma como ésta percibe el fenómeno SE. En este proceso, los modelos "puros" prácticamente han desaparecido, dando lugar a formas de interpretación que intentan trascender el esquematismo y posibilitar el reconocimiento de la importancia de los procesos sociales en la producción de las condiciones colectivas de SE, de las interpretaciones y de las respuestas.

A pesar del avance en el terreno conceptual, las condiciones para concretar las formulaciones teórico-prácticas alrededor de la salud colectiva se han restringido con la consolidación de la política y la ideología que privilegia lo individual y lo privado, subordina o rechaza lo colectivo y lo público y plantea la resolución de las necesidades humanas a través del mercado. Los modelos sociomédicos explicativos, cuya interpretación tiene una clara base poblacional, una visión integradora y una perspectiva de equidad y de ciudadanía, enfrentan mayores dificultades para desarrollarse y conformar respuestas encaminadas a mejorar las condiciones colectivas de salud. Es en este contexto, que la identificación de las diferencias de los distintos modelos sociomédicos y la discusión de sus puntos de encuentro adquiere relevancia.

Si bien el reconocimiento de la importancia de lo social es lo que caracteriza a todos los modelos sociomédicos, existen diferencias sustanciales por lo que se refiere a la forma como son interpretados los procesos sociales; el papel que se les asigna en la determinación de las condiciones, las interpretaciones y las respuestas en salud; el nivel de análisis que privilegian, la construcción de mediaciones para abordar el plano empírico y la forma de proceder en la investigación concreta.

#### LA CONSTRUCCIÓN DE LO SOCIAL

De manera general, se pueden identificar dos grandes corrientes sociológicas que han influido el pensamiento en salud y cuya base explicativa de lo social es diferente: las teorías del consenso y las teorías del conflicto. Las primeras se caracterizan por lo que Lenski<sup>1</sup> denomina las tesis conservadoras, que plantean el equilibrio, la funcionalidad del orden social y particularmente de la estratificación social, así como la conservación del *status quo*. Las teorías del conflicto, por su parte, plantean el cambio social como resultado de contradicciones entre los distintos grupos sociales y ubican las causas de la

desigualdad en la naturaleza de las formas de producción y en la distribución de la riqueza de una sociedad.

El enfoque funcionalista —una de las corrientes más importantes dentro de las teorías del consenso— considera al sistema social como una totalidad integrada por diversas estructuras, dentro de las cuales se encuentran definidos roles que los individuos deben desempeñar. Este sistema funciona como un engranaje equilibrado en donde el desequilibrio se ajusta a través de normas y sanciones, posibilita la regulación del conflicto y genera una estratificación funcional, en donde los estratos sociales son grupos humanos empíricamente observables, que comparten intereses y rasgos comunes.<sup>2</sup> La desigualdad se entiende como una característica necesaria de todas las sociedades, con el argumento de que cualquier sistema de estratificación surge de la necesidad social de recompensar a los hombres más destacados, atribuir mayor importancia funcional a ciertas tareas, y como respuesta a la escasez de personal idóneo.<sup>3</sup> Se parte del supuesto de que en toda sociedad humana existe un conjunto de valores compartidos que surgen de sus propias necesidades. Las recompensas y las posiciones se otorgan en función del grado en que las cualidades y desempeños se ajustan a las normas fijadas por la misma sociedad. Por tanto, ya que los hombres difieren en estas cuestiones, la desigualdad es inevitable; es decir, toda estratificación representa una jerarquía de valores y un sistema social de recompensas.<sup>4</sup>

Desde la perspectiva de las teorías del conflicto, las causas de la desigualdad se ubican en la naturaleza de las formas de producción y su lógica distributiva.<sup>5</sup> Se enfoca el problema de la desigualdad desde el punto de vista de los distintos grupos existentes en el seno de la sociedad y su lucha por bienes y servicios. Se concibe a la desigualdad como resultado de las formas de producción y de apropiación de los recursos, así como de los sistemas de relaciones que se establecen entre sectores y poblaciones. La desigualdad es producto de la contradicción histórica entre propiedad privada, producción colectiva y apropiación inequitativa de la riqueza. Los grupos sociales no se definen como agrupaciones homogéneas de individuos respecto a uno o varios criterios de clasificación, sino por la forma como actúan unos en relación con otros en condiciones particulares. En este sentido, las clases sociales no preceden a su relación sino son su resultado.<sup>6</sup>

Esta perspectiva también reconoce el surgimiento del Estado como resultado del desarrollo histórico de la

sociedad, cuyas contradicciones han llegado a tal punto de conflicto, que se requiere de la constitución de un poder público que garantice el intercambio de mercancías (incluida la fuerza de trabajo), en un marco jurídico ordenado y en "igualdad" de condiciones.<sup>7</sup> Estas condiciones formales de libertad e igualdad revolucionan el orden social basado en la desigualdad natural y posibilitan la emergencia del concepto de ciudadanía. Sin embargo, el desarrollo social posterior deja de manifiesto que la igualdad jurídica no tiene una correspondencia con la igualdad social. En los hechos, las propuestas de ciudadanía universal se desdibujan en distintas ciudadanías. Así, mientras los movimientos igualitarios del siglo XVIII se orientan a la destrucción de la desigualdad legal, los de los siglos XIX y XX apuntan al combate de la desigualdad social para que se garanticen condiciones mínimas de existencia, como prerequisite para el máximo desarrollo de las capacidades individuales (cuadro I)

CONDICIONES, NECESIDADES Y RESPUESTAS DE SALUD

A continuación se presentan los planteamientos al respecto de las teorías del consenso y de las teorías del conflicto (cuadro II)

*Las condiciones de salud*

Entre los puntos de encuentro de los distintos modelos sociomédicos se identifican. el reconocimiento del doble componente social-biológico que conforma las condiciones de SE, el papel fundamental que los procesos sociales juegan en su determinación y la multicausalidad jerarquizada que opera en su generación. Sin embargo, las diferencias entre un modelo y otro se ubican en el reconocimiento de la especificidad de lo social, en la interpretación sobre las formas de operación y los mecanismos de la determinación social, así como en su traducción en variables que puedan observarse en investigaciones particulares. Así, al interior de los propios modelos sociomédicos, la interpretación sobre las condiciones de SE y sus determinantes han sido objeto de una polémica permanente. En este debate se confrontan dos posiciones extremas.

La primera conceptualiza la enfermedad como una falla en la capacidad de mantenerse bien y en la capacidad para realizar tareas socialmente valiosas (ruptura de la capacidad del organismo de realizar cursos exitosos de conducta para el logro de metas – teleonimia); como un estado de perturbación en el funcionamiento normal del individuo (biológico, personal, social) y como una forma de respuesta a las presiones que permite eludir respon-

**CUADRO I**  
**Diferencias en la construcción de lo social entre las teorías del consenso y del conflicto**

| Teorías del consenso  | Teorías del conflicto  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sistema funcional en equilibrio</li> <li>- Mecanismos de ajuste a través de normas y sanciones</li> <li>- Roles como nichos sociales impersonales</li> <li>- Estratificación funcional</li> <li>- Regulación del conflicto</li> <li>- Poder como característica humana y como habilidad desarrollada</li> <li>- Sistemas de valores y de recompensas</li> <li>- Conservación del <i>status quo</i></li> <li>- Igualdad jurídica</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- El conflicto como motor del desarrollo histórico</li> <li>- Sistema de relaciones entre formas particulares de producción y de consumo</li> <li>- Clases sociales antagónicas. Contradicción y lucha entre grupos sociales</li> <li>- Contradicción entre producción colectiva, apropiación privada y distribución inequitativa de la riqueza</li> <li>- Condiciones mínimas de existencia como prerequisite para el desarrollo de potencialidades</li> <li>- Cambio social</li> <li>- Igualdad social</li> </ul> |

sabilidades sociales<sup>89</sup> Los componentes sociales y biológicos tienen la misma importancia en la generación de la enfermedad y se proponen el estudio de la determina-

ción a través de la identificación de factores causales naturales, ecológicos y sociales, así como de las formas como estos factores operan en los distintos niveles de

**CUADRO II**  
**Planteamientos de las teorías del consenso y del conflicto sobre las condiciones, necesidades y respuestas en salud**

| Teorías del consenso  | Teorías del conflicto  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- La enfermedad se genera en las relaciones interpersonales (entorno inmediato de la familia, el trabajo)</li> <li>- Tensión continua entre dificultades y capacidades</li> <li>- La enfermedad aparece cuando las dificultades superan a las capacidades (causación externa)</li> <li>- La enfermedad aparece como una forma de respuesta que permite eludir las presiones del rol</li> <li>- Motivación inconsciente para enfermar (causación interna)</li> <li>- El síntoma importa en tanto interfiere en el cumplimiento del rol (disfuncional al sistema)</li> <li>- Peso semejante de lo social y lo biológico</li> <li>- Lo social como factor causal o de riesgo</li> <li>- Externalidad de lo social</li> <li>- Especificidad etiológica de lo social</li> <li>- Explicación sobre eventos particulares</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- La enfermedad se genera por las formas particulares de producción y consumo de cada sociedad</li> <li>- Procesos de dominación, explotación, y deprivación que se expresan en "destrozos biológicos"</li> <li>- Las enfermedades son la expresión biopsíquica de procesos sociales generales</li> <li>- Especificidad de lo biológico y lo social</li> <li>- Subordinación de lo biológico</li> <li>- Formas históricas que asume la biología</li> <li>- No especificidad etiológica de lo social</li> <li>- Explicación sobre perfiles de riesgo-daño</li> </ul> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Necesidad como carencia que requiere cuidado</li> <li>- Énfasis en los comportamientos y percepciones individuales de usuarios y prestadores de servicios</li> <li>- Necesidad de salud entendida como una condición que puede resolverse con intervenciones médico-sanitarias</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Necesidad como carencia y como potencialidad</li> <li>- Énfasis en la producción social de necesidades y satisfactores</li> <li>- Necesidades y satisfactores básicos como parte de las nociones de dignidad y derechos humanos</li> <li>- El cuidado a la salud como parte del núcleo irreductible de necesidades</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Respuesta médica e institucional de naturaleza no mercantil</li> <li>- Visión de diada restringida (relación médico-paciente) y/o ampliada (relación paciente-institución)</li> <li>- La respuesta se orienta a reparar las capacidades y a controlar el desvío (renormalización)</li> <li>- Condición de salud como prerrequisito funcional del sistema social</li> <li>- Sistema de valores universales</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Respuestas cuya determinación es económica y/o político-ideológica</li> <li>- Respuesta médica hegemónica como reproductora de la dominación y la desigualdad</li> <li>- Respuestas diferenciales según grupos sociales</li> <li>- El control de la enfermedad a través de procesos que rebasan el ámbito médico y remiten a transformaciones de la sociedad</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Permite profundizar en las funciones y relaciones de las diadas médico-paciente e institución-paciente</li> <li>- Es limitada la visión crítica del papel de la intervención médica</li> <li>- No permite explicar el porqué de las distintas respuestas</li> <li>- Centra su atención en la medicina alópata y en la función positiva de la intervención médica</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Permite analizar la relación y articulación de las distintas respuestas frente a la enfermedad</li> <li>- Permite analizar la relación y el papel de la respuesta hegemónica con distintas instancias de la sociedad</li> <li>- Centra su atención en el análisis de las relaciones macro</li> </ul>  |

producción de la enfermedad.<sup>10</sup> En esta concepción, lo social y lo biológico no se reconocen como instancias distintas con especificidad propia, sino como factores de riesgo o componentes causales que actúan en distintos niveles respecto al efecto. Es decir, no hay una reflexión sobre la naturaleza distinta de lo biológico y lo social.

Otra característica de esta posición es la búsqueda de factores determinantes para enfermedades particulares y no para conjuntos de condiciones de SE en grupos, lo que implica asignar especificidad etiológica a lo social.<sup>11-13</sup>

Desde otra visión, se conceptualiza a la SE como expresión de una compleja estructura, en donde los procesos sociales determinan y subordinan a los procesos bio-psíquicos, planteando que los orígenes de la enfermedad no se localizan en el cuerpo, sino en condiciones externas (agravantes que exacerban o desencadenan riesgos) e influencias amortiguadoras (que neutralizan los riesgos), en donde la enfermedad es expresión del balance negativo entre los procesos protectores y los procesos de deterioro.

Se trata de articular un modo de pensar acerca de las condiciones colectivas de SE, que permita reconocer la especificidad de lo social y lo biológico y dilucidar cómo los procesos sociales se expresan en la biología y la psique humana, adquiriendo éstas su carácter histórico. Es decir, cómo se constituye la forma histórica específica del proceso bio-psíquico humano que caracteriza a los distintos grupos sociales.<sup>14</sup> Como punto medular, esta corriente plantea que lo social no actúa como un agente bio-físico-químico en la generación de la enfermedad y, por lo tanto, no tiene especificidad etiológica ni obedece a una mecánica de dosis-respuesta.<sup>15</sup>

Otra diferencia entre los modelos sociomédicos se ubica en la selección de conceptos a los que se atribuye una mayor capacidad explicativa para dar cuenta del carácter social de la SE en poblaciones, así como por la forma en que estos conceptos son operacionalizados en investigaciones concretas. Mientras algunos modelos consideran que las variables de clasificación definidas en términos individuales son suficientes para reconstruir el componente social (p.e. escolaridad, ingreso, alfabetismo) y, a partir de su asociación con el daño investigado, son consideradas determinantes para la aparición de éste,<sup>16,17</sup> otros proponen categorías más generales y complejas que deben ser desdobladas en variables relacionales para la exploración del plano empírico. Por ejemplo género, espacio sociohistórico y clase social determinan maneras particulares de producir y consumir por parte

de los grupos, que se manifiestan en formas específicas de protección/deterioro de la salud.<sup>18-20</sup>

En términos de la investigación concreta, ambas posiciones conllevan ventajas y limitaciones que es necesario mencionar. Los modelos cuyo énfasis explicativo se centra en las variables clasificatorias, logran una minuciosa descripción del plano fenomenológico, pero su aproximación a los determinantes estructurales de la SE es insuficiente. Esto facilita la exploración empírica en tanto las definiciones operativas son relativamente simples; sin embargo, reduce el proceso de desarrollo histórico de los diferenciales de SE (expresivo de la desigualdad social), a un problema de diferencias individuales en condiciones, capacidades, habilidades y conocimientos.

Al hacer abstracción de la historicidad del proceso de generación de SE en poblaciones, se limita su quehacer a la identificación de relaciones causales definidas en términos probabilísticos (p.e., demostración de la ocurrencia diferenciada de eventos a nivel poblacional y su asociación con un determinado efecto).<sup>21</sup> Desde luego, esta perspectiva ha posibilitado un desarrollo importante de métodos cuantitativos para el estudio de la ocurrencia de diversos eventos; sin embargo, ha limitado una comprensión más amplia de la determinación y de la causalidad.<sup>22,23</sup>

Los modelos que proponen trabajar con variables relacionales, además de describir las condiciones de SE, pretenden explicar su determinación y distribución diferencial a través de un proceso de construcción conceptual. Sin embargo, la complejidad metodológica que entraña la exploración de relaciones, hace difícil el abordaje de la distribución y determinantes de la SE en todas sus dimensiones. Está presente el problema de la operacionalización de las categorías generales y la búsqueda de las mediaciones. Los conceptos intermedios tienen que construirse a partir de los componentes de la categoría general y frecuentemente no pueden desarrollarse sin modificar —limitándolo— el referente teórico.<sup>24</sup> Así, cuando se realiza investigación concreta en el terreno de los determinantes de la SE, generalmente se hace énfasis en el plano económico y se soslaya la exploración de las significaciones y del plano político-ideológico,<sup>25-27</sup> ya que la aprehensión empírica de estas dimensiones requiere el desarrollo de métodos cualitativos de medición. A pesar de esto, se ha producido un desarrollo significativo en la operacionalización de diversas categorías al utilizarlas en investigaciones concretas.

*Las necesidades de salud*

Las condiciones de SE tienen existencia objetiva, independientemente de que se les considere como situaciones que requieren cuidado o atención, es decir, que se interpretan –socialmente– como necesidades de salud. Estas condiciones de SE son el punto de partida sobre el cual los distintos grupos, y la sociedad en su conjunto, construyen sus representaciones (necesidades de salud, necesidades de atención, o ambas) y derivan respuestas para resolverlas. Los diversos modelos sociomédicos reconocen la importancia que tienen las representaciones y su diferente significado según distintos actores sociales.<sup>28</sup>

La diferencia sustancial entre los modelos radica en la forma como se conciben las necesidades humanas y si esta concepción se restringe a las condiciones que requieren cuidado o atención (la necesidad como carencia) o si incluye el componente de potencialidad (la necesidad como búsqueda de soluciones a la carencia)

Para algunos, el concepto de necesidad se recorta al definirlo como una condición/alteración de la salud que requiere cuidado (enfermedad, muerte, invalidez, discapacidad, estados particulares no patológicos, p.e. embarazo, parto, puerperio, etc.). Frecuentemente, este concepto también se usa para describir los servicios y recursos requeridos para enfrentar situaciones particulares. Así, se propone utilizar el término de “equivalentes de la necesidad”, reservando la palabra necesidad “para describir aquellos estados del cliente que crean una demanda de atención y representan, por tanto, un ‘potencial de demanda de servicios’ Vista así, la necesidad puede explicarse por sus ‘equivalentes’ en lo que se refiere a servicios o al suministro (recursos)...”<sup>29</sup> Para que genere demanda de atención, la condición de SE requiere primero percibirse, posteriormente necesita comprenderse como una alteración que puede resolverse (potencial o realmente) con la atención y, finalmente, debe desencadenar una búsqueda de esa atención. En este proceso se privilegian los comportamientos del usuario y del prestador de servicios, cuyas percepciones sobre la necesidad de atención frecuentemente no coinciden. Es decir, se interpretan las percepciones y la búsqueda de atención como procesos personales, individualizando la producción de las necesidades y la búsqueda de respuestas.

Esta perspectiva ha contribuido de manera fundamental a la identificación de las condiciones de salud que potencialmente pueden generar demanda de atención. Sus aportes son notables respecto a la medición

del estado de salud de poblaciones a partir de indicadores de daño (enfermedad, muerte, discapacidad, invalidez), y más recientemente en relación al costo-efectividad de las intervenciones para modificar las condiciones de salud.<sup>30</sup>

Desde otra perspectiva analítica, la discusión sobre necesidades humanas remite como punto de partida a la explicitación de una concepción de ser humano que se define y diferencia de otras especies vivas por su capacidad de apropiarse de la naturaleza y, en este proceso, transformarse a sí mismo.<sup>31</sup> Esta transformación se realiza mediante la actividad vital más específicamente humana: el trabajo. A través de éste, el hombre es capaz de transformar en objeto de sus necesidades y de su actividad todos los fenómenos de la naturaleza y, en ese proceso, desarrollar y ampliar sus propias capacidades y necesidades.

El inicio de la apropiación social de la naturaleza, es el conjunto originario de necesidades biológicas del hombre; a partir de ahí, las necesidades generadas por la producción son las que van orientando el proceso productivo ulterior y definiendo las formas particulares que adopta el consumo.<sup>32</sup> El carácter histórico-social de las capacidades y necesidades humanas permite superar el ámbito de las necesidades biológicas, humanizándolas a través de la producción económica y político-ideológica que modifica necesidades anteriores y posibilita la emergencia de otras. En este sentido, la necesidad tiene un doble componente como carencia y como potencialidad.<sup>33</sup>

En toda sociedad, la naturaleza del proceso de producción y la naturaleza del proceso de consumo, son los determinantes de la generación de necesidades; es decir, las necesidades, al igual que los satisfactores, son socialmente producidos.<sup>34 35</sup>

En la actualidad, el proceso de globalización de las relaciones económicas, políticas y culturales ha permitido una relativa homogeneización de las necesidades y de los satisfactores humanos, creando así “sistemas de necesidades” característicos de las sociedades contemporáneas

Al reconocer la historicidad del proceso de producción de necesidades humanas, pero también su relativa universalización, se ha propuesto un núcleo irreductible de necesidades que deben ser identificadas y resueltas, independientemente del contexto social en que se producen, y que forman parte de las nociones de dignidad humana y de derechos humanos elementales.<sup>36</sup> Así, se propone un conjunto de necesidades básicas

(concepto absoluto) y un grupo de necesidades y satisfactores referidos a cada sociedad en particular, en función de los modos de vida predominantes y de la norma social de consumo (concepto relativo) Entre las necesidades y satisfactores básicos habitualmente reconocidos se encuentran: la alimentación; el cuidado de la salud y la reproducción; la vivienda, la educación y socialización; el vestido, calzado y cuidado personal; el transporte público, las comunicaciones básicas, la información, recreación y cultura; y la seguridad.<sup>36</sup> El cuidado a la salud es, por tanto, uno de los componentes del conjunto de elementos indispensables para la subsistencia y parte esencial de los derechos humanos.

#### *Las respuestas en salud*

En la perspectiva analítica de los distintos modelos, se parte de reconocer la conformación social de las respuestas frente a la SE. Sin embargo, dependiendo del punto de partida teórico, estas respuestas se interpretan de forma distinta.

La corriente funcionalista entiende las respuestas (médica e institucional) frente a la SE, como un mecanismo del sistema social para enfrentar la disfuncionalidad de la enfermedad, a través de roles institucionalizados el rol de enfermo, el rol de paciente, el rol de médico. En esta perspectiva el sistema médico-paciente es de naturaleza no mercantil, en donde los roles son recíprocos y simétricos y la terapia médica se considera como un proceso de certificación de la incapacidad, aislamiento y reparación-reactivación de la capacidad (retorno del paciente al estado de no enfermedad y a su condición para el desempeño de roles y tareas); asimismo, como un proceso de resocialización cuya función es contrarrestar las fuerzas del desvío y las tendencias antisociales. El papel del enfermo (rol dependiente y temporal) se entiende como una forma social unitaria que origina la relación y frente a la cual se estructuran los demás roles. El ajuste de tensiones entre el rol del médico y el del enfermo se da a través de un conjunto de pautas.<sup>37</sup>

Estos roles cumplen funciones respecto al equilibrio dinámico del sistema. Es decir, se concibe a la atención médica como agente de conformidad y control social, cuyas prácticas se orientan a superar la enfermedad en el individuo, en tanto un nivel demasiado bajo de salud es disfuncional para el sistema, puesto que incapacita a los individuos para desempeñar efectivamente sus roles. Así, las condiciones de salud se encuentran íntima-

mente ligadas a los prerequisites funcionales del sistema social.<sup>38</sup>

En esta concepción, las prácticas para enfrentar la enfermedad tienen como referente una sociedad equilibrada cuyo funcionamiento tiene como base los roles, las normas y las sanciones preexistentes que permiten un ajuste de las desviaciones. Las respuestas se estructuran socialmente a través de roles, los comportamientos del usuario y del otorgante expresan funciones definidas para cada rol social, en tanto presupone que las necesidades de todas las sociedades son semejantes y sus valores son universales, variando únicamente el orden de importancia que cada sociedad les asigna, esta visión es esencialmente ahistórica. Se considera que los valores básicos que movilizan a cualquier sociedad para responder a los problemas de salud son la responsabilidad personal, la conciencia social, y la libertad y la igualdad; y que, en torno a estos valores, se conforma una gama de combinaciones de atención a la salud. Se explica que aquellas sociedades que enfatizan la importancia de la responsabilidad y la libertad individual, justifican la desigualdad institucionalizada argumentando lo positivo de sus efectos.<sup>39</sup> En un extremo se propone la atención a la salud como parte del sistema de recompensas de una sociedad, mientras que en sociedades donde la conciencia social y la igualdad tienen una jerarquía mayor en la escala de valores, la atención a la salud se considera más como un derecho, que como una gratificación.<sup>40</sup>

Si bien este abordaje explica diversos fenómenos, no permite la interpretación de las relaciones contradictorias entre los grupos sociales; ni la explicación de la configuración particular de la institución donde tienen lugar las respuestas (beneficencia, seguridad social, medicina privada); ni los determinantes de distintas modalidades en la organización de la atención a la salud.

Desde la otra perspectiva, se propone que las necesidades en salud, así como sus "equivalentes", no se producen individualmente por más que su percepción y la búsqueda de respuestas para modificarlas se realicen a este nivel. Según esta corriente, la percepción/representación de las condiciones y las respuestas para transformarlas, sintetizan complejos procesos de determinación económica y político-ideológica.

En las sociedades contemporáneas, la institucionalización de las respuestas frente a la SE se conforma mediante relaciones con prácticamente todas las instancias de la sociedad. Así, las respuestas frente a las condiciones de SE se entienden como prácticas sociales especia-



lizadas, que se articulan en la dimensión económica a través de contribuir a seleccionar, preservar y reproducir la fuerza de trabajo necesaria para la valorización del capital. Se conforman como un ámbito de realización del plusvalor contenido en las mercancías médicas, tales como medicamentos, equipo e instrumental; asimismo, como proceso de trabajo en la producción de servicios médico-sanitarios, generando plusvalor directo o indirecto<sup>41-43</sup>. En su dimensión político-ideológica, las respuestas frente al fenómeno se constituyen como un elemento más de la diferenciación entre grupos sociales, a través de configurar accesos desiguales a diversas modalidades e instituciones de atención sanitaria, así como por el desarrollo y difusión de concepciones acerca de la salud, la enfermedad y la muerte a partir de la ideología hegemónica. Por otra parte, la conformación de secretarías (o ministerios) de salud y el establecimiento de servicios médicos gubernamentales, posibilita la institucionalización de diversas actividades y las valida socialmente a través de legislar, regular y definir

políticas, formar intelectuales y reproducir la estructura de poder a través de redes de micropoderes cotidianos, abriendo espacios para la generación de consensos o controles hacia la sociedad.<sup>44,45</sup>

La perspectiva teórica prefigura el énfasis analítico y las formas de proceder en la investigación concreta. Por estas razones, es frecuente que desde la visión funcionalista el análisis se centre en la relación médico-paciente y en los roles sociales que cada uno de ellos juega, mientras que desde la perspectiva sociohistórica se privilegia el estudio de las políticas de salud y de las relaciones del ámbito médico con otras instancias sociales.

#### LAS FORMAS DE PROCEDER EN LA INVESTIGACIÓN

Los distintos modelos han desarrollado diversas formas de proceder en la investigación concreta que podrían definirse como investigación multi o transdisciplinaria. En la investigación multidisciplinaria se opta por hacer

**CUADRO III**  
**Formas de proceder en la investigación e implicaciones prácticas,**  
**entre las teorías del consenso y del conflicto**

| Teorías del consenso   | Teorías del conflicto  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Investigación multidisciplinaria</li> <li>- Privilegio de la exploración empírica</li> <li>- Privilegio de los niveles intermedios de determinación</li> <li>- Exploración de determinantes próximos (p e estilos de vida, conductas familiares)</li> <li>- Énfasis en las aproximaciones cuantitativas</li> <li>- Variables clasificatorias</li> <li>- Nivel poblacional como sumatoria de individualidades</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Investigación transdisciplinaria</li> <li>- Privilegio de la construcción teórica</li> <li>- Privilegio de los niveles de determinación macro-sociales</li> <li>- Exploración de determinantes estructurales (p e clase social, proceso de producción, condiciones de vida, condiciones de trabajo)</li> <li>- Énfasis en las aproximaciones cualitativas</li> <li>- Variables relacionales</li> <li>- Nivel poblacional cualitativamente distinto a la suma de individuos</li> </ul> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Privilegio de intervenciones orientadas a modificar condiciones, capacidades y conductas individuales</li> <li>- Desarrollo de medidas puntuales según costo-efectividad</li> <li>- La salud como parte del sistema de gratificaciones de una sociedad</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Privilegio de intervenciones orientadas a construir un "piso basal igualitario"</li> <li>- Modificación de condiciones materiales de existencia</li> <li>- Principio de ciudadanía como condición suficiente para acceder a la atención a la salud</li> </ul>   |

converger las disciplinas sobre el objeto de estudio ubicado en la intersección de las distintas disciplinas.<sup>46</sup> Con este acercamiento, la coherencia de los estudios depende de la construcción teórica común del objeto de estudio, que permita abarcar distintos aspectos. En contraste, el enfoque transdisciplinario se aproxima al problema de la relación entre las disciplinas mediante el desdoblamiento de los conceptos fundamentales de la construcción teórica, con el propósito de precisar aspectos particulares de la relación que interesa conocer. En ambas aproximaciones, la naturaleza de objeto y la formulación teórica determinan los instrumentos para generar la información buscada. Sin embargo, al pensar en los instrumentos de la investigación en función de la formulación teórica, la transdisciplina tiene la ventaja de garantizar la coherencia entre lo teórico y lo instrumental (cuadro III)<sup>47</sup>

Por otra parte, cada una de las perspectivas teóricas hace énfasis en las funciones o relaciones de la SE en distintos planos analíticos. Mientras una perspectiva privilegia la exploración empírica y el análisis de determinantes próximos (p.e. estilos de vida, conductas familiares), la otra otorga mayor importancia a la construcción teórica, los niveles de determinación macro-sociales y los determinantes estructurales (p.e. clase social, proceso de producción, condiciones de vida, condiciones de trabajo)

## CONCLUSIONES

A partir de la perspectiva analítica que se asuma, las intervenciones y propuestas para modificar las condiciones de salud de las poblaciones tienen orientaciones diversas. Así, algunos modelos privilegian la intervención orientada a modificar las condiciones, capacidades y conductas individuales (p.e. la modificación de estilos de vida) y el desarrollo de medidas puntuales en términos de costo-efectividad. Por su parte, otros modelos colocan el énfasis en las respuestas orientadas a construir un "piso basal igualitario" para la salud; es decir, plantean la modificación de las condiciones materiales de existencia, la elevación de la calidad de vida de los grupos sociales y el principio de ciudadanía como condición suficiente para acceder a la atención a la salud.

Los desafíos de universalidad, equidad y calidad en salud, la complejidad de las condiciones de SE, la transformación acelerada de los conjuntos de riesgo, así como los costos crecientes de la atención médico-sanitaria, colocan a la salud pública en una situación pluriparadigmática, en donde la coexistencia de diversos modelos explicativos posibilita un cierto eclecticismo que, lejos de limitar su desarrollo, prefigura un proceso de enriquecimiento e innovación teórica y metodológica.

---

## REFERENCIAS

---

- 1 Lenski G. Antecedentes sobre la desigualdad social y su origen. En Stern C, ed. La desigualdad social I. Teorías de la estratificación y la movilidad sociales. México: Secretaría de Educación Pública, Diana, 1982: 18-38.
- 2 Laurin N. Las teorías funcionalistas de las clases sociales. Madrid: Siglo XXI, 1976: 319-327.
- 3 Davis K, Moore W. Algunos fundamentos de la estratificación. En Stern C, ed. La desigualdad social I. Teorías de la estratificación y la movilidad sociales. México: Secretaría de Educación Pública, Diana, 1982: 97-98.
- 4 Parsons T. Un enfoque analítico de la teoría de la estratificación. En Stern C, ed. La desigualdad social I. Teorías de la estratificación y la movilidad sociales. México: Secretaría de Educación Pública, Diana, 1982: 147-187.
- 5 Marx K. El Capital. El proceso de producción del capital. México: Siglo XXI, 1978, Tomo I, vol I.
- 6 Balibar E. Cinco estudios de materialismo histórico. Madrid: Laia, 1987: 60.
- 7 Pashukanis E. La teoría general del derecho y el marxismo. Capítulo V, "Derecho y Estado". México: Grijalbo, 1976: 135-155.
- 8 Gerhardt U. Ideas about illness. An intellectual and political history of medical sociology. New York: New York University Press, 1989: 16-72.

9. Parsons T El sistema social Madrid. Editorial de Occidente, 1951 147-187
10. Sobre el concepto salud-enfermedad. Descripción y explicación de la situación de salud Bol Epidemiol 1990,10(4) 1-7.
11. Antonovsky A Social class, life expectancy and overall mortality En Jaco GE, ed. Patients, physicians and illness New York A Sourcebook in Behavioral Science and Health, 1972:5-30
12. Castellanos PL. Sobre el concepto de salud-enfermedad Un punto de vista epidemiológico Cuadernos Médico Sociales 1987,42:15-24.
13. Kleinman A The meaning of symptoms and disorders. En Kleinman A, ed. The illness narratives: Suffering, healing and the human condition New York: Basic Books, 1988:3-30
14. Laurell AC, Noriega M La salud en la fábrica. México Era, 1989 65-69
15. Cassel J. Psychosocial processes and "stress". Theoretical formulation International Health Serv 1974,4(3) 471-482
16. Mosley WH, Chen L An analytical framework for the study of child survival in developing countries Popul Dev Rev 1984,10 Suppl.25-45.
17. Hertzman C Where are the differences which make a difference? Thinking about the determinants of health. Canadian Institute of Advanced Research, Population Working Paper Canada. CIAR, 1990,8:1-35
18. Oliveira O, coord Trabajo, poder y sexualidad. México: El Colegio de México, 1989
19. Blanco J Región y clase social en la determinación de la enfermedad El caso de la Meseta Tarasca En Almada I, ed. Crisis y salud en México Más textos para el debate México Cuadernos del Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Humanidades de la Universidad Nacional Autónoma de México, Serie Seminarios, 1991; 2 205-245
20. Breilh J El deterioro de la vida en el neoliberalismo Ecuador Centro de Estudios y Asesoría en Salud, 1992 1-13
21. Kuller L Epidemiology is the study of "epidemics" and their prevention Am J Epidemiol 1991,134(10) 1051-1056
22. Rothman KJ Modern epidemiology. Boston Little Brown, 1986
23. Zeger S Statistical reasoning in epidemiology Am J Epidemiol 1991,134(10) 1051-1056
24. Blanco J Condiciones de vida y salud en el ámbito urbano propuesta metodológica México: Universidad de Guadalajara, Serie Medicina Social, 1994.
25. Blanco J, Sáenz O Reproducción social, su exploración empírica condiciones de vida y salud en el ámbito urbano Cuadernos Médico Sociales 1990;53:61-75.
26. Breilh J. Deterioro de la vida Un instrumento para el análisis de prioridades regionales en lo social y la salud Ecuador Corporación Editora Nacional, 1990
27. Bronfman M, Tuirán R La desigualdad social ante la muerte. Clases sociales y mortalidad en la niñez. Cuadernos Médico Sociales 1984:29-30.
28. Menéndez E Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Cuadernos de la Casa Chata 1990,179:30.
29. Donabedian A. Los espacios de la salud: aspectos fundamentales de la organización de la atención médica México: Biblioteca de la Salud, Fondo de Cultura Económica, 1988:73-79
30. Banco Mundial. Informe sobre el desarrollo mundial 1993. Invertir en salud. Washington: Oxford University Press, 1993
31. Marx K. El Capital. Capítulo VI. México Siglo XXI, 1971
32. Marx K Elementos fundamentales para la crítica de la economía política (1857). México Siglo XXI, 1972
33. Boltvink J Pobreza y necesidades básicas Conceptos y métodos de medición Caracas, 1990:5-64
34. Terrail JP Producción de necesidades y necesidades de la producción En. Terrail JP, Prétécelle E, Moynot JL, ed Necesidades y consumo en la sociedad capitalista actual. México: Grijalbo, 1977.
35. Aghetta M Regulación y crisis del capitalismo México: Siglo XXI, 1979 129-185
36. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo La pobreza y el desarrollo social en la región Marco conceptual y diagnóstico. En: Desarrollo sin pobreza I Conferencia Regional sobre la Pobreza en América Latina y el Caribe. Quito: PNUD, 1990 35.
37. Gerhardt U. Ideas about illness. An intellectual and political history of medical sociology New York: New York University Press, 1989:5-71
38. Parsons T El sistema social Madrid. Editorial de Occidente, 1951 147-187, 432-459
39. Tumin M. Un análisis crítico del trabajo de Davis y Moore En Stern C, ed La desigualdad social I Teorías de la estratificación y la movilidad sociales México Secretaría de Educación Pública, Diana, 1982 116-134
40. Donabedian A. Los espacios de la salud: aspectos fundamentales de la organización de la atención médica México: Biblioteca de la Salud, Fondo de Cultura Económica, 1988 3-18
41. Donnangelo MC, Pereira L. La medicina en la sociedad de clases. Brasil Librería Dos Ciudades, 1976:29-739
42. Waitzkin H A marxist view of medical care. Ann Intern Med 1978,89:264-278
43. Navarro V Medicine under capitalism New York Neale Watson Academic Publication, 1977

## MODELOS SOCIOMÉDICOS EN SALUD PÚBLICA

- 44 Farfán G Capital, trabajo y estado de bienestar en el capitalismo avanzado En: Gutiérrez E, ed Testimonios de la crisis 2. La crisis del estado de bienestar México. Siglo XXI, 1988 15-50
- 45 Fleury S Estado y política social Taller Latinoamericano de Medicina Social Medellín, Colombia: Asociación Latinoamericana de Medicina Social, 1987 48-68
- 46 Frenk J La nueva salud pública Instituto Nacional de Salud Pública cinco años de vida 1987-1991 Cuernavaca INSP, 1992 17-36
- 47 Laurell AC, Blanco J. Distribución y determinantes de la salud-enfermedad México Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, 1993 14-15.